بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الزقازيق



كلية التربية
قسم الصحة النفسية

# فعالية السيكودراما
# فى خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد
# وأثره فى التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية

رسالة مقدمة من

**محمد النوبى محمد على**

مدرس الصحة النفسية المساعد

بكلية التربية فرع الدقهلية جامعة الأزهر

مقدمة للحصول على

درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص صحة نفسية

إشراف

الأستاذ الدكتور
عادل عبد الله محمد
فؤاد كاشف
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق

الدكتورة
إيمان
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية جامعة الزقازيق

الدكتور
عطية عطية محمد سيد احمد
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق

1425هـ –2004 م

فهرس المحتويات

تابع / ... فهرس المحتويات

فهرس الجداول

تابع / ... فهرس الجداول

تابع / ... فهرس الجداول

تابع / ... فهرس الجداول

تابع / ... فهرس الجداول

| جدول | الموضوع | رقم الصفحة |
|---|---|---|

تابع / ... فهرس الملاحق

فهرس الأشكال

تابع / ... فهرس الأشكال

## مقدمة:

تمثل حاسة السمع القناة الرئيسية التي تنتقل من خلالها الخبرات الحياتية المسموعة كما أنها بمثابة الحاسة الرئيسية التي يعتمد عليها الفرد في تفاعلاته مع الآخرين أو مع ذاته في مختلف مناحي الحياة اليومية المختلفة ؛ وحدوث الإعاقة السمعية من شأنه أن يحرم ذلك الفرد من الاستجابة للمثيرات الكلامية للآخرين ؛ نظرا لكونها المدخل الأساسي لمعظم المثيرات والخبرات الخارجية، ومن خلالها قد يستطيع الفرد التعايش مع الآخرين ؛ وكذلك من شأنه أن يحدث خللا في التفاعل التواصلي للفرد نتيجة لحرمان الفرد من الاستجابة للمثيرات الكلامية للآخرين، الآمر الذي قد يؤثر سلبا علي شخصيته ومن ثم قد تعتريه الاضطرابات كمرجع لعوامل شتى .

ولذا قد يلعب السمع دوراً كبيرا في تنظيم سلوك الفرد وتكيفه مع واقع الحياة ، ولذا يتعرض الطفل ذي الإعاقة السمعية إلى مشكلات ترتبط بتكيفه وتوافقه حيث يعانى جملة من المشكلات الاجتماعية والتربوية والانفعالية، وترتبط إعادة تشكيل الاستجابات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية بالتركيز على جوانب القوة لديهم : كالثقة في قدراتهم ....الأمر الذي من شأنه أن يشعل حماسهم ويشجعهم إلى إتيان سلوكيات إيجابية ، ولذا " تكمن أهمية مساعدتهم على معايشة بيئة مزدوجة الثقافة في عالمين مختلفين : عالم ذي الإعاقة السمعية ، وعالم عادي السمع" (عادل عبد الله : 2000، 337؛ شاكر قنديل : 2000، 513-515) .[1]

كما أورد تقرير المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية (1998)أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد A. D. H. D. [2] يمثل في جوهره مشكلة نمائية عامة تؤثر بالسلب على الطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع ككل ؛ نظرا لما تتسم به تلك المشكلة من اوجه قصور عديدة ( عادل عبد الله:308،2002 ). وتحدد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM Iv [3] الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) ثلاثة أنماط لاضطراب الانتباه : النمط الأول: نقص الانتباه ، والنمط الثاني : النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ، والنمط الثالث : نقص الانتباه / النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ، ويطلق على النمط الثالث " النمط المختلط" [4] وغالبا ما يبدأ ظهور أعراض هذا الاضطراب في مراحل مبكرة من حياة الطفل حيث لا يسير في مراحل تطور نموه وتطور قدراته بنفس السرعة التي تنمو بها الطفل السليم" ( عثمان فراج : 3،1998 ). وقد يكون منشأ ذلك الاضطراب نفسي أو أن يصحبه مظاهر الاضطرابات العضوية ، وتصل نسبة انتشار هذا الاضطراب من( 3-5 % ) من الأطفال عامة...وقد يتقبل أفراد الأسرة هذه الأعراض إلى أن يصل الطفل إلى سن المدرسة وحينئذ تصبح ظاهرة مرضية تستحق العلاج

---

[1] يشير الرقم الأول داخل القوسين إلى سنة النشر والثاني إلى رقم الصفحة

[2] Attention Deficit Hyperactivity disorders

[3] APA (1994): Diagnostic Criteria from DSM-IV™. Washington, DC, author.

[4] النمط الثالث " النمط المختلط "وهو النمط الذي سوف يتناوله الباحث في الدراسة الحالية.

، فذلك الطفل لا يستطيع الاستقرار في مكان محدد ولا يستطيع التركيز في دروسه مما يؤدى إلى صعوبة التذكر والميل إلى الإشباع الفوري مع عدم التحكم أو الصبر لتحقيق رغباته كما يميل إلى إثارة الضوضاء(علاء فرغلى : 2002 ، 23) .

ولاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد آثاراً سلبية على سلوك الأطفال ويشكل مشكلة لهم ولمعلميهم ولوالديهم – اللذان قد يلجأن إلى استخدام أساليب تربوية خاطئة للحد من هذه السلوكيات مما يعرض أطفالهم للمزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمتد آثارها للوالدين – الأمر الذي قد يؤدى لتفاقم هذه المشكلة لمن يتعاملون معهم مثل " الأقارب ، والأصدقاء ، وزملاء الدراسة ...." ولذا فان الطفل ذا اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يتسم بتسرعه في تقييم المواقف الاجتماعية ومعرفة تأثير سلوكه الاجتماعي على الآخرين ، ويقل سعيه لتعديل سلوكه وفقاً لمتطلبات الموقف الاجتماعي ، كما يفتقد القدرة على الترجمة الاجتماعية للمعرفة التي لديه ، أو يفتقد القدرة على الضبط والتنظيم لسلوكه ، وبالتالي يفتقد الوعي بدوافع الآخرين ، ومن ثم يؤثر ذلك على إدراكه لأهداف الموقف الاجتماعي ( شاكر قنديل : 1995، 40؛ راشد السهل : 1999، 59 Barkley et al. : 1992, 164; ؛احمد عبد الرحمن ،السيد أبو هاشم : 2002 ، 89-90).

ومن ثم فقد يكون هناك قصورا في التوافق النفسي لدي ذوي الإعاقة السمعية نتيجة لعجزهم عن إقامة علاقات تفاعلية مع ذواتهم ومع الآخرين في محيطهما الحياتي المعاش اليومي التفاعلي وكمرجع للعجز السمعي لديهم هذا إلى جانب ضعف القدرة علي الانتباه وتشتته و إهدار طاقاتهم الذهنية والجسمية في النشاط الحركي الزائد والاندفاعية ، والتوافق النفسي يشير إلى جانبي سواء الشخصية واضطراباتها وتكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية في مجال مشكلاته الحياتية مع الآخرين كما أن ذوى الإعاقة السمعية اقل توافقا من ذوى السمع العادي وبصفة عامة فان لديهم نواقص في المفاهيم وعدم نضج اجتماعي وتشدد وتركيز مع الذات ونقص في التكيف الاجتماعي ومحدودية الميول والدوافع ( كمال دسوقى :1985،31-32 ؛ عبد الحميد يوسف : 2002، 18).

ولذا فان تعديل السلوك يتم كلما تعلم الطفل شيئا جديدا في كل يوم من أيام حياته ومن المواقف التفاعلية له مع الآخرين ، ويستتبع ذلك كل تعلم أو اكتساب خبرة جديدة تؤدى لإحداث تعديل في السلوك ( عثمان فراج : 2002 ، 11). وقد ابتكر"مورينو" السيكودراما بهدف إثراء مجال العلاقات الإنسانية بتجسيد مشكلات الحياة الواقعية وذلك من خلال التعبير الحر عن الصراعات والتحليل الذي يتم بين المريض والمعالج في الجلسات السيكودرامية( عطية عطية محمد :1995،69 ).

كما أن السيكودراما كأسلوب علاجي يحظي بجاذبية خاصة لدي الأطفال إذ تلتقي في كثير من الأوجه مع اللعب ذلك النشاط الفطري التلقائي الحركي لكونها تمزج الخيال بالواقع والحقيقة بالخرافة ومن ثم يقوم الطفل بالتنفيس عن رغباته المكبوتة وانفعالاته ويفصح عن دواعي القلق ومصادر التوتر لديه كما يحدث نوعا من الإشباع الداخلي لحاجات الطفل الذي يتعذر إشباعها في كما يحدث نوعا من الإشباع الداخلي لحاجات الطفل الذي يتعمد إشباعها في الواقع ، ولقد اكتشف " مورينو" انه عند السماح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم فانهم يحققون نتائج علاجية لا بأس بها (أسماء غريب:1994،15؛ عبد الرحمن سليمان :1994،397 ). وكذلك تعتمد السيكودراما على نظرية التعلم من حيث ملاحظة الطفل للسلوكيات المرغوب في تعلمها .

وأضاف " مورينو" بأنه عند السماح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم فانهم يحققون نتائج علاجية لا بأس بها (أسماء غريب:15،1994؛عبد الرحمن سليمان :397،1994). إذ أنها تتضمن : الفهم والاستبصار للعميل والإيصال التواصلي الفعال لدي ذوي الإعاقة السمعية ؛ نظرا لكونها تشبه البانتوميم والتي يتشابه تركيبها مع التواصل الكلي الذي يتم لدي ذوي الإعاقة السمعية ، ومن ثم فان استخدم السيكودراما بفنياتها المتعددة والتي قد يتناسب الكثير منها لإحداث خفضاً في الاضطرابات السلوكية لدي عينة البرنامج .

ويدعم ذلك نتائج بعض الدراسات التي استخدمت السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كما في دراسة : " توم هارتمان " ( 2003 ) Hartman, Thom " بيتر جنسن وآخرين " (2001) Jensen , Peter S. et al. ، و "عادل غنايم " (2001) ، و "جان جوبانز وديل سيجل " (2000) Gubbins E., Jean &Siegle , Del. ، و "ستيوارت دأنسيجر" (2000) Dansinger , Stuart، و" مار جريت سيمرود- كليكمان وآخرين"(19999) Semrud-Clikeman, Margaret et al. ، و " كاثلين سبينيلى"(1998) Spinelli , Cathleen G. و " زينتال وآخرين " (1997) Zentall, S.S. et al. ، و "باربارا بورشام وستيفن ديمرس" (1995) Burcham , Barbara G. & De Mers , Stephen T. ، و " ليندا جو بيفيفر "( 1994 ) Pfeiffer , Linda Jo ، و" إليس ايكوف " (1992) Ecoff , Elise , R. و " باتريس ووبل " ( 1990 ) Woeppel , Patrice .

وقد تم استخدام السيكودراما لخفض حدة بعض الاضطرابات أو تنمية بعض المهارات لدى ذوى الإعاقة السمعية : كما في دراسة "عبد الفتاح رجب " (2002) ، و محمود محي الدين العشري (1999) ودراسة "ويلما فيالى وجون باترسون "( 1998) Vialle, Wilma & Paterson , John ، و ايمن المحمدي (1998) ،و "بولاك " (19997) Pollack, B .J. و "آيتا ميلر "(1993) Miller , Etta و " كومار باتر يشيا " (1992) Patricia , Komar، و" آن مارى بوشينو (1990) Buchino , Mary Ann ،و " ألين هيمويز وليزا دار "( 1988) Hymovitz , Ellen ; Daar, Lisa ، و" سوينك " (1985) Swink و" مارك اسكيمسكى" (1982) Schimsky ,Marc ، و" كلايتون و روبنسون "(1971) Clayton , L. & Robinson, D. .

ولهذا فان السيكودراما قد تعد أسلوب ذا فعالية في خفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وذلك من خلال احتواء السيكودراما علي: الفهم والإيصال التواصلي الفعال لدي ذوي الإعاقة السمعية إذ أنها تشبه البانتوميم والذي يتشابه في تركيبة مع التواصل الكلي الذي يتم لدي ذوي الإعاقة السمعية ومن ثم يتم استخدام السيكودراما بفنياتها المناسبة مع عينة البرنامج لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

## مشكلة الدراسة:

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من خلال ملاحظة الباحث لبعض تلاميذ مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية حيث وجد أن هناك حالات لهؤلاء التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك من خلال أجراء الباحث لعدة مقابلات مع آباء وأمهات

ومعلمي هؤلاء التلاميذ ومن هنا شعر الباحث بأهمية محاولة خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لديهم.

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن التساؤلات التالية :

1-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي؟

2- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة )في القياس البعدي؟

3-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي؟

4- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة )في القياسين القبلي والبعدي ؟

5-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

6-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

7- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي ؟

8-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية–الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي ؟

## أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى:

**أولاً : أهداف نظرية :**

1- إعداد برنامج سيكودرامى علاجي لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية

2-إعداد مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

3-إعداد مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي) لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

**ثانياً : أهداف علاجية :**

2-اختبار آثر برنامج سيكودرامى علاجي لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية والتعرف على اثر ذلك على التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي) لديهم .

3- التأكد من استمرارية آثر البرنامج .

**ثالثاً : أهداف إرشادية :**

من خلال نتائج الدراسة أمكن الخروج ببعض التوصيات الإرشادية كبرنامج مقترح للإرشاد الأسرى والمدرسي و إرشاد الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لتنمية الانتباه وخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتنمية التروي ، فقد حاول الباحث بلورة هذه التوصيات في صورة برنامج إرشادي مقترح لتحقيق هذا الهدف .

## أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة إلى التالي :

**أولا : زيادة إعداد ذوي الإعاقة السمعية :**

تصف إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد ذوى الإعاقة السمعية في جميع أنحاء العالم بحوالي (120) مليون شخص أي بنسبة (2.4%) إلا أن الأوساط العلمية العاملة في هذا المجال يقدرونهم بأكثر من ذلك حيث أن هذا العدد هو الذي أمكن تسجيله فقط ( حسن سليمان : 2001، 58). وتقدر آخر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد ذوى الإعاقة السمعية في جميع أنحاء العالم بحوالي (150) مليون شخص أي بنسبة (2.5%) من ذوى الإعاقة السمعية بل أن الواقع اكثر من ذلك لان هذا الرقم يمثل المسجلين فقط (عبد الحميد يوسف : 2002 ، 21). وفى مصر اكثر من (3 ) ملايين من ذوى الإعاقة السمعية (50%) منهم على الأقل في سن الشباب ويضاف إليهم آلاف من العاملين في الصناعة سنويا( جيهان يوسف :1999،5 ).

وقد بلغ عدد التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية ( الصم وضعاف السمع ) في مراحل الدراسة بمدارس التربية الخاصة " الأمل للصم وضعاف السمع " بمصر في العام الدراسي 2002/ 2003 م ، بالمراحل الثلاث ( الابتدائية – الإعدادية – الثانوية ) (14098) تلميذا وتلميذه من ذوي الإعاقة السمعية ، ونجد أن عدد تلاميذ المرحلة الابتدائية منهم 8787 تلميذ وتلميذه ، وعدد التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في المرحلة الإعدادية( 4218) تلميذا وتلميذه ،بينما بلغ عدد هم في المرحلة الثانوية (2173) تلميذا وتلميذه ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول ( 1 )

أعداد التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية ( الصم وضعاف السمع ) في مراحل الدراسة بمدارس التربية الخاصة " الأمل للصم وضعاف السمع " بمصر في العام الدراسي 2002/ 2003 م

| المرحلة الدراسية | تلميذ | تلميذة | الجملة |
|---|---|---|---|
| الابتدائية | 5136 | 3651 | 8787 |
| الإعدادية | 1897 | 1241 | 3138 |
| الثانوية | 1313 | 860 | 2173 |
| الجملة | 8346 | 5752 | 14098 |

(وزارة التربية والتعليم :9،2003).

بينما كانت أعداد التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية ( 564 ) تلميذا وتلميذة وذلك للعام الدراسي 2002–2003 م .

ويتضح ذلك فيما يلي :

جدول ( 2 )

أعداد التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية للعام الدراسي 2002–2003 م .

| العدد / المرحلة الدراسية | بنين | بنات | جملة | العدد بالصفوف الدراسية للمرحلة الابتدائية | بنين | بنات | جملة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الابتدائية | 142 | 137 | 279 | الرابع الابتدائي | 11 | 12 | 23 |
| الإعدادية | 89 | 73 | 162 | الخامس الابتدائي | 12 | 19 | 31 |
| الثانوية | 76 | 47 | 123 | السادس الابتدائي | 20 | 18 | 38 |
| الجملة | 307 | 257 | 564 | السابع الابتدائي | 25 | 23 | 48 |

( وزارة التربية والتعليم إدارة التربية الخاصة بالشرقية : 2003، 16).

**ثانيا : زيادة انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية :**

يمثل اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد نسبة شيوع تتراوح بين ( 3–10%) من الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية( Jadad, A.et al. : 1999, 1030 ) ، ويعد اضطراب الانتباه من اكثر الاضطرابات شيوعا بين الأطفال حيث ينتشر بين (10%) من أطفال العالم ،وتبلغ نسبة انتشاره في أمريكا حوالي 3% ، وفى إنجلترا 1% ، وفى مصر 6,2% ؛ إذ أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر دخول المدرسة يتراوح بين (4–20%)وذلك من(6–12) عاما من تلاميذ المرحلة الابتدائية، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى منخفض تصل إلى (20%)، كما أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه بين الأطفال بالمدارس الابتدائية في مصر تصل إلى ( 3.4%) ، وان معدل انتشاره بين الذكور والإناث هو( 6) للذكور مقابل (1) للإناث ، وكذلك تعانى نسبة عالية تصل إلى نحو

(40%) من تلاميذ التعليم الأساسي من صعوبات في عملية التعلم واكتساب الخبرة نتيجة لعدم القدرة على التركيز والانتباه وبالتالي من قصور الدافعية والقدرة علي التحصيل الدراسي والرغبة أو الحماس لإنجاز الواجبات المدرسية (عثمان فراج :2،1998؛ Todd ,L. : 1997, 5634; Wender, E. : 185 , 1995؛ أحمد طنطاوى ،عفاف عجلان : 1995، 66 ؛ محمود حموده : 1998، 203).

**ثالثا : أهمية الموضوع التي تتناوله الدراسة :**

إذ تتناول الدراسة فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في مرحلة الطفولة المتأخرة وذلك في عمر زمني يتراوح ما بين (9–12)عاما0

**رابعا : قلة الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الدراسة :**

حيث لم توجد دراسات سابقة عربية أو أجنبية – في حدود علم الباحث – تناولت فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بصورة مباشرة .

## مصطلحات الدراسة :

**أولا : الأطفال ذوي الإعاقة السمعية :**

يصفهم " جولدنسون " ( 1984 ) Goldenson بأولئك الذين لديهم غياب أو فقد كلى لحاسة السمع ، والتي قد تكون وراثية ناتجة عن عيوب في الجينات او مكتسبة كمرجع للمرض أو الإصابة في أي مرحلة من مراحل الحياة بما في ذلك مرحلة ما قبل الميلاد ( Goldenson: 1984 , 202 ) .

ويعرفوا بأنهم الذين فقدوا القدرة على السمع قبل سن الخامسة ونتج عن ذلك عدم القدرة على اكتساب اللغة سواء أكان ذلك نتيجة لعوامل وراثية أو مكتسبة بحيث لا تقل درجة الفقدان السمعي عن 75 ديسيبل وهى الدرجة التي ينعدم عندها سماع الكلام بالطرق العادية( ايهاب الببلاوى 11،1995).

ويلقبوا بأولئك الذين يعجزوا عن تحصيل المعرفة عن طريق جهاز السمع ( عبد الصبور منصور : 2003، 103).

ويعرف الباحث الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (إجرائيا) : بأنهم أولئك الذين لديهم تلف كلى أو جزئي في حاسة السمع قبل تعلم الكلام واللغة أو بعد تعلمهما بحيث يؤثر ذلك التلف علي التواصل مع الآخرين بفاعلية ومرجعة بعجز حاسة السمع بسبب ظروف طبيعية ولادية أو مكتسبة بيئية وبالتالي يوجد انعدام الكلام واللغة لديهم ، ولذا يعتمد على بصورة أساسية على وسائط الاتصال البصرية0

## ثانيا : السيكودراما

إذ يرى " مورينو " Moreno مبتكر السيكودراما أنها العلم الذي يكشف الستار عن الحقائق النفسية من خلال الطرق الدرامية ، ولذا فانه من خلال السيكودراما يصل المريض إلى درجة الاستبصار لسلوكياته ويمكنه ذلك من تعديل الأنماط السلوكية غير الملائمة من خلال التمثيل التلقائي لمواقف من حياتهم ( Harriman : 1968 , 601 ؛ , Moreno , J..L .: 1975 , 102). وتوصف بأنها شكل من أشكال الأداء

الارتجالي غير المتكلف لدور أو عدة أدوار يرسمها المعالج ويؤديها العميل تحت أشرافه وذلك بهدف الكشف عن طبيعة بعض العلاقات الاجتماعية وتعميق الوعي نحوها من جانب المريض وعادة يقوم العميل بأداء دورة كما لو كان حقيقيا أو يؤديه متخيلا له كما لو كان يظن انه يفعله أو كما يحب أن يؤديه( فرج طه وآخرون:155،1993).

أما حسين عبد القادر وآخرون ( 1994، 117) فيصفها بأداة إسقاطية في تصميمها كواحدة من تشكيلة تبانيات لا يتخذها النمط الكيفي الواحد لكل العلاقات النفسية في متصل يمضى من الأعمال اللاشعورية للفرد إلى أفعال الصريحة مع الآخرين وبينهم ، ويطلق عليها أداة العلاج النفسي إذ يطلب خلالها من المرضى تجسيد بعض الأدوار التي تدور حول أنفسهم أو علاقاتهم مع الآخرين وذلك أمام مجموعه من الأفراد الأمر الذي يؤدى إلى استبصارهم بصراعاتهم الداخلية (Sutherland:1996,590 ). وتعد السيكودراما أحد أنواع العلاج الجماعي يقوم فيها المريض بتجسيد بعض المواقف الحياتية التي تدور حول الماضي والحاضر والمستقبل وذلك في محاولة لفهم أعمق لمشكلاته( Corey : 2000 , 213 ).

وتعرف بأنها أسلوب إسقاطي يقوم على تجسيد الفرد لبعض الأدوار أو المواقف الحياتية أو لعلاقاته بالآخرين بطريقة ارتحالية وذلك بحضور الموجة والانوات المساعدة والجمهور مما ينتج له التعبير عن انفعالاته وصراعاته( عبد الفتاح رجب : 2002 ، 10 ) .

ويعرف الباحث السيكودراما (إجرائيا ) بأنها أسلوب علاجي جماعي يتم بواسطته قيام الفحوص (العميل) بدور أو بعدة أدوار علي المسرح تحت إشراف الفاحص (المعالج ) وذلك بمشاركة أفراد آخرين بهدف علاج بعض المشكلات والصراعات والاضطرابات لدية من خلال التمثيل الدرامي(التنفيس الانفعالي) بواسطة استخدام فنيات معينة مثل : لعب الدور وعكس الدور والمرآة .

ويعرف الباحث فنيات البرنامج السيكودرامى المقترح فيما يلي :

**لعب الدور Role Play**

ويدل على القيام بتمثيل دور شخص آخر وذلك بإتيان السلوكيات والأفعال التي يقوم بها وذلك لبيانها وتوضيحها أمام هذا الشخص ،وفى البرنامج السيكودرامى يتم استخدام لعب الدور لتمثيل دور التلميذ الذي يقوم بالسلوكيات المرغوبة .

**عكس الدور Role Reversal**

ويقصد به قلب الدور أي انه يصبح فيه الفرد الأول قائما بدور الفرد الثاني والعكس صحيح ، وفى هذا البرنامج السيكودرامى يتم عكس الدور من خلال تمثيل دور التلميذ غير المنتبه وذلك لمعاونة الشخص الذي يعانى من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على فهم ورؤية ما ينتابه من سلوكيات خاطئة .

**المرآة: Mirror**

وفيها يتم إيقاف البطل عن أدائه للموقف ويتم اختيار شخص من الأدوات المساعدة آي يقوم الشخصية المساعدة بدور البطل وذلك بتجسيد حالاته النفسية وانفعالاته وإشاراته إذ آن البطل في تلك الحالة متفرج وليس ممثلا علي خشبه المسرح ومن خلال ملاحظة سلوكه الذي يفعله يمكن الاستبصار بذاته واضطراباته.

**ثالثا : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد :**

ويعرف بأنه اضطراب يؤثر في الأفراد الذين يجدون نقصا في الانتباه مع نشاط زائد ( جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي:1988،293)0 ويراد به : عدم القدرة على الانتباه والقابلية لتشتت والحركة المفرطة ، أي الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بالنشاط ويكون نتيجة عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح ( DSM IV: 1994, 63 ).ويعرف بأنه اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد علي التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانة أي انه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة (أماني زويد :2002،46).

ويعرف الباحث اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ( إجرائيا ) : بكونه اضطراب يظهر في صورة سلوكيات ممارسة بطريقة منتظمة وتشخيصات تنطبق على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ؛ إذ يتضح من خلالها غياب أو فقد كلى للتركيز في موضوعات معينة تتطلب ضرورة التركيز بحيث يتسم هؤلاء الأطفال بحالة من التشتت ولذا لا يستطيعون اكتساب مهارة أو تعلم شئ ما دون الانتباه أولا ، بالإضافة لاتسامه بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية ومن ثم تتمثل أعراضه في : نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد – الاندفاعية .

ويعرف الباحث نقص الانتباه لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ( إجرائيا) بأنه : آتيان الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة والتي تتسم بعدم القدرة على الاستدعاء السريع للانتباه وصعوبة الاحتفاظ به مع تشتته عند دخول أي مثير خارجي الدائرة الانتباهية لهم ، ولذا يفقدون القدرة على غربلة المثيرات ، وتدل عليه الدرجة المرتفعة في بعد نقص الانتباه .

ويعرف الباحث النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية بأنه : آتيان الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة والتي تتسم بالحركة الزائدة عن الحد المسموح به والمعتاد مع خلوها من هدف واضح وصعوبة البقاء بثبات وهدوء في مكانهم لفترة طويلة ، ولذا يلاحظ لديهم فقدهم للاتزان الحركي في تصرفاتهم في محيط حياتهم الأسرية والمدرسية والمجتمعية ، وتدل عليه الدرجة المرتفعة في بعد النشاط الحركي الزائد.

ويعرف الباحث الاندفاعية لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية بأنها : آتيان الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لمجموعة من السلوكيات المشاهدة والملحوظة والتي تتسم برد الفعل الفجائي لأول استجابة تظهر لديهم للمثير الذي يروه ومن ثم تفتقد تلك السلوكيات للتفكير المسبق أو المتأني قبل الاستجابة ، ولذا يتصفون بكثرة الأخطاء مع قصر الوقت الذي تصدر استجاباتهم خلاله ، وتدل عليه الدرجة المرتفعة في بعد الاندفاعية .

**رابعا : التوافق النفسي**

ويعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه : كل سلوك أو نشاط يقوم به الإنسان خاصة والكائن الحي عامة وهو نشاط يهدف منة لتحقيق نجاحا في مواقف حياته المختلفة ومن ثم فأنة يتضمن إشباعا لحاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمة (فرج طه وآخرون:1993،259).

ويـــراد بـــه تلـــك العمليـــة الديناميـــة المســـتمرة التـــي تتنـــاول الســـلوك والبيئـــة ( الطبيعية والاجتماعية )بالتغيير والتعديل حتى يحدث التوازن بين الفرد وبيئته إذ أن هذا التوازن يتضمن تحقيق إشباع لحاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة (حامد زهران :1997،27) .

ويعرف "كارل روجرز" Carl Rogers التوافق النفسي بأنه قدرة الشخص علي تقبل الأمور التي يدركها بما في ذلك ذاته ثم العمل من بعد ذلك علي تبينها في تنظيم شخصيته (رمضان القذافي:1998،110). ويطلق عليه تلك العملية الديناميكية المستمرة بين الفرد وبيئته الاجتماعية والمهنية بهدف تحقيق رضا الفرد عن نفسه والمحيطين به وشعوره بالرضا الشخصي والاجتماعي والمهني من خلال تفاعله مع بيئته والوصول إلى توازن يتضمن إشباع معظم حاجاته الداخلية ،ومواجهة متطلبات البيئة بالتعديل أو التغيير (عاطف الأقرع:1999،6).

ويعرف الباحث التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا) : بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الشخصي والرضا الاجتماعي والرضا الدراسي والمتمثل في التوافق الشخصي والاجتماعي والدراسي وتدل عليه الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل في المقياس .يتضمن عدة أبعاد هي : التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي والتوافق الدراسي وفيما يلي عرض تلك الأبعاد:

**أولا :التوافق الشخصي:**

يعرف الباحث التوافق الشخصي لذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا) بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الشخصي والممثل في: الاعتماد على الذات ، وقلة الانحرافات النفسية ، وشعوره بتقدير الآخرين ، وقلة الميول الانسحابية ، وتدل عليه ارتفاع الدرجة في بعد التوافق الشخصي.

**ثانيا : التوافق الدراسي:**

يعرف الباحث التوافق الدراسي لذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا ) بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الدراسي والممثل في : تقبل المعلم ، وتقبله للمواد الدراسية ، وتقبله للمدرسة ، وتقبله لزملائه ،وتدل عليه ارتفاع الدرجة في بعد التوافق الدراسي.

**ثالثا : التوافق الاجتماعي:**

يعرف الباحث التوافق الاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا ): بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الاجتماعي والممثل في : المشاركة وعدم الانعزالية ، وإتقانه لبعض المهارات الاجتماعية (كالتعاون والمساعدة والصداقة ) ، والتفاعل الإيجابي له مع الآخرين ، وقلة الميول المضادة للمجتمع لديه، وتدل عليه ارتفاع الدرجة في بعد التوافق الاجتماعي.

## حدود الدراسة :

**أولا : أدوات الدراسة:**

**أولا : أدوات لقياس ضبط العينة :**

ا –استمارة بيانات عامة لذوي الإعاقة السمعية إعداد :الباحث

2– مقياس المستوي الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية إعداد :محمد بيومي خليل (2000)

3- اختيار رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال إعداد : جود انف – هاريس Goodenough- Harris (1926 ) ترجمة للبيئة العربية : مصطفى فهمي ( 974 1) و إعادة تقنينه : فاطمة حلمي ( 1983)

**ثانيا : أدوات سيكومترية لقياس الدراسة :**

1- مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) إعداد :الباحث.

2- مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) إعداد :الباحث.

3 – جدول التدعيم لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث .

4- استمارة الملاحظة الأسبوعية لسلوك الحالة لذوى الإعاقة السمعية من قبل المعلمين والوالدين (أولياء الأمور ) والباحث إعداد :الباحث .

5 – استمارة المدى الانتباهى لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

6- استمارة اللزمات الحركية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

7- استمارة الأخطاء الاندفاعية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

8- استمارة التقييم الأسرية – المدرسية – للطفل ) لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

**ثالثا: البرنامج العلاجي :**

– البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث .

**ثالثا : منهج الدراسة :**

المنهج المستخدم هو المنهج التجريبي : الذي يستخدم لدراسة فعالية برنامج سيكودرامى ( كمتغير مستقل ) لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( كمتغير تابع أول) وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ( كمتغير تابع ثان) كما تعتمد على تصميم المجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة إلى جانب تصميم المجموعة الواحدة.

*** المجال البشرى :**

أجريت الدراسة على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من ذوى الصمم الكلى ، من ذوى الإقامة الخارجية ، ممن يتراوح الفقد السمعي لديهم (70) ديسيبل فأكثر ، واستبعاد ضعيفي السمع حيث بلغ حجم العينة بعد تطبيق مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إلى ( 8 ) تلاميذ من ذوى الإعاقة السمعية من الذكور والإناث ، وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين (9–12) عاما بمتوسط عمري قدرة (11.1) عام ، وانحراف معياري قدره (1.7).

*** المجال الزماني :**

تم أجراء الدراسة الميدانية بدء من 27 أكتوبر 2002 م إلى 17 أبريل 2003 م بواقع زمني قدره (5 ) اشهر وعشرون يوماً .

*** المجال المكاني :**

أجريت الدراسة على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من تلاميذ مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية.

*** مكان الجلسات :**

– تم تطبيق البرنامج بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية0

- تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في الأماكن التالية:

**أولا : أماكن داخل المدرسة :** وتمت في التالي :( المسرح المدرسي– الفصل الدراسي– فناء المدرسة – كانتين المدرسة – مطعم المدرسة ).

**ثانيا : أماكن خارج المدرسة :** وتمت في التالي:( الشارع " إشارة المرور " مزلقان السكة الحديد – السوبر ماركت – الحدائق .

**خامسا : الأساليب الإحصائية :**

استخدم الباحث حزمة البرامج الإحصائية المعروفة اختصارا باسم " S P SS " من خلال الإحصاء اللابارمترى وهى تتمثل في التالي :

1– اختبار مان ويتنى .

2– اختبار ويلكوكسون .

3– قيمة Z .

بالإضافة لمعاملات الارتباط لصدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية .

وسوف يتعرض الباحث في الفصل الثاني للإطار النظري للدراسة والتي من خلالها يستطيع أن يستعرض الإعاقة السمعية واضطراب الانتباه والتوافق النفسي والسيكودراما .

**تقـديم :**

يشتمل هذا الفصل علي عرض للإطار النظري للدراسة الحالية حيث يلقى الباحث الضوء على الإعاقة السمعية واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، والتوافق النفسي والسيكودراما وذلك من خلال العرض التالي :

## أولا : الإعاقة السمعية

**مقدمـة :**

تمثل حاسة السمع أحد الحواس الهامة التي وهبها الله – سبحانه وتعالي – للإنسان ليستطيع من خلالها سماع الأصوات من حوله واكتساب الخبرات الحياتية الضرورية المعايشة ، وقد أكد الإسلام علي أهمية السمع للإنسان بلفت الانتباه إلى دورة الفعال في إدراك الخبرات والمعارف .

**أهمية حاسة السمع :**

قدم الله – سبحانه وتعالي –السمع علي البصر في أكثر من آية بالقرآن الكريم للدلالة علي : أهمية حاسة السمع للإنسان وكذلك لأن ذلك : أبلغ أعجازاً في مقام انتفاع الإنسان كما في قوله تعالي : " **وَاللّهُ أَخْرَجَكُم مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لاَ تَعْلَمُونَ شَيْئاً وَجَعَلَ لَكُمُ الْسَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ" [ سورة النحل ، آيه 78 ]** ، وفي قوله تعالي : " **وَلاَ تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولـئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْؤُولاً " [ سورة الإسراء ، آيه 36 ]** .

وكذلك : ارتبطت كلمة السمع بالفهم والإدراك كما في قوله تعالي :" **هُوَ الَّذِي جَعَلَ لَكُمُ اللَّيْلَ لِتَسْكُنُواْ فِيهِ وَالنَّهَارَ مُبْصِراً إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَسْمَعُونَ " [ سورة يونس،آيه 67 ]**

وأيضاً : ارتبطت كلمة السمع بالعلم والإدراك كما في قوله تعالي " **وَاللّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ " [ سورة التوبة ، آيه 98 ]** وقوله تعالي :" **وَكَانَ اللّهُ سَمِيعاً عَلِيماً " [ سورة النساء ، آيه 148 ]** .

وكذلك: يرجع المولي عز وجل تقديم السمع علي البصر ووصف الله عز وجل نفسه سبحانه بأنه سميع بصير للدلالة علي المعرفة والاطلاع ببواطن الأمور كما في قوله تعالي : " **قَدْ سَمِعَ اللَّهُ قَوْلَ الَّتِي تُجَادِلُكَ فِي زَوْجِهَا وَتَشْتَكِي إِلَى اللَّهِ وَاللَّهُ يَسْمَعُ تَحَاوُرَكُمَا إِنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ بَصِيرٌ[ سورة المجادلة ، آيه 1 ]** .

كما أن تقديم السمع علي البصر للعباد يعزي إلى عده أسباب أهمها : أن الجنين يكتمل سمعه قبل بصرة ، وبعد ولادته مباشرة يسمع لمن حوله وذلك قبل أن يفتح عينيه ويري ، ونجد أن المثيرات الصوتية " المسموعات " تنصب وتتراسل علي الأذن من كل الجهات : من أعلي وأسفل ومن الأمام والخلف .

ويتجلي الأعجاز العلمي في القرآن الكريم في علم الأجنة الحديث حيث أثبتت الحقيقة العلمية بشكل ثابت ومؤكد أن حاسة السمع تتخلق قبل حاسة البصر لدي الجنين في بطن أمه ، وفي تجربه قام بها العلماء بإحداث أصوات علي مقربه من جنين في رحم أمه استجاب الجنين لهذه الأصوات كما أكد علماء الأجنة أن الجنين يستطيع سماع الأصوات منذ الشهر الخامس ، إذ تبدأ الوظيفة السمعية للأذن بعد ( 18 ) أسبوعاً من تكوين الجنين ، ويستطيع إدراك الأصوات تماماً بعد( 24 ) أسبوعاً من تكوينه ، ويتأثر الجنين إيجابياً وسلبياً بأصوات الأم والأب وسائر أفراد الأسرة كما يتأثر بانفعالاتهم ، وكذلك نجد أن الموسيقي الكلاسيكية الهادئة والأصوات الجميلة تخفض ضربات قلبه بدرجة ملحوظة بينما الموسيقي الصاخبة تزيد من ضربات قلبه؛ ومن انعم الخالق على ذي الإعاقة السمعية أن جعل جزء

في المخ مكيف للتعامل مع الأحاسيس الشبيهة الصوت ، ولذا فان الذين ولدوا صما يمكنهم التكيف لسماع ما تشعر به أصابعه ومن ثم احتمال استخدام أجهزة إلكترونية ملموسة تحول الطاقة الصوتية إلى طاقات ترددية لمساعدة الأطفال الصم على الكلام وسماع الصوت ( جيهان يوسف : 2000 أ، 75 – 80 ؛ جيهان يوسف : 2002 ب، 78).

ومن ثم يشير الباحث : إلى أن الخبرات الصوتية الحياتية الأولية المكتسبة يدركها الجنين تبعاً لحدتها ودرجتها ، ولذا قد يصبح الجنين قادراً على تصنيفها أما إيجابا لو لبا بل أنها تعد بمثابة العمود الفقري لخبرات الطفل عندما يأتى إلى الحياة ويبدأ في النمو إذ يتم ذلك من خلال تراسل المسموعات الصوتية إلى حاسة السمع لديه.

**مفهوم الإعاقة السمعية :**

تتصب المفاهيم الرئيسية للإعاقة السمعية حول المفاهيم التربوية ، الطبية ، الاجتماعية ، القانونية ، التعليمية ( الدراسية ) ، ويتضح ذلك من خلال التناول التالي :

**أولاً : المفهوم التربوي :**

يرتبط المفهوم التربوي للإعاقة السمعية بين فقدان السمع ونمو الكلام واللغة ، ويتناول المفهوم التربوي في إطار توضيح مفهوم الأطفال ذوى الإعاقة السمعية " الصم وضعاف السمع وسوف يقوم الباحث باستعراض مفهوم الصم فقط نظرا لكونهم أفراد العينة التي قام الباحث بأجراء الدراسة الحالية عليهم .

يبين " لايبن " L . Liben ( 1978 ، 3-4 ) مفهوم الأطفال الصم : من خلال وصفهم بفاقدي حاسة السمع قبل اكتساب اللغة ، ومن ثم تكمن الصعوبة في اكتساب اللغة ، صمم ما قبل اللغة ، أما فاقدي حاسة السمع بعد اكتساب اللغة فإنهم يتمتعون بمهارات تمكنهم من التعليم ويشير مؤتمر البيت الأبيض بصحة الطفل وحمايته إلى أنهم : أولئك الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلمه اللغة والكلام مباشرة حتى أن آثار التعلم قد فقدت بسرعة ( فتحي عبد الرحيم : 1993 ، 58 ). ويتم الربط بين فقدان السمع وإعاقة بناء اللغة والكلام حيث يوسموا بأنهم : الذين يولدون فاقدين السمع تماماً ، أو يفقدون السمع لدرجة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة قبل تكوين الكلام واللغة لديهم ، وكذلك فاقدي السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة بحيث لا تصبح لديهم القدرة علي الكلام وفهم اللغة(منال منصور 1983 ، 90 ). ويتفق مع ذلك " جود " Good ( 1985 ، 165 ) حينما وصفهم بأولئك الذين تكون حاسة السمع لديهم غير كافية لفهم الكلام سواء بمساعدات سمعية أو بدونها. بينما يري عبد المطلب القريطي ( 1996 ، 137 )أن الأطفال الصم : هم الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء من ولد منهم فاقداً للسمع تماماً ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد علي آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة . ويلقبهم يوسف هاشم (2000، 44)بذوي الفقد السمعي الآمر الذي يجعل من المستحيل عليهم فهم الكلام المنطوق بسبب عدم الاستفادة من حاسة السمع لكونها معطلة .

ويذكر مصطفي القمش (2000 ،27 ) تعريفاً وظيفياً للأطفال الصم يعتمد علي مدي تأثير الفقدان السمعي علي إدراك وفهم الكلمات المنطوقة إذ يصفهم بأولئك : الذين لديهم انحرافا في السمع يحد من القدرة علي التواصل السمعي – اللفظي . ويصفهم سعيد حسيني العزة ( 2001، 21) بكونهم لا يسمعون

كمرجع لفقد القدرة على السمع ومن ثم عدم استطاعتهم اكتساب اللغة وفهمها وعدم القدرة على الكالم تبعا لذلك. بينما يعرفهم عبد الحميد يوسف كمال ( 2002، 14)بأولئك الذين يمنعهم عجزهم السمعي عن توظيف المعلومات اللغوية خلال السمع سواء باستخدام أو بدون استخدام معين سمعي . ويتضح للباحث : أن السن التي حدثت فيها الإعاقة السمعية تؤثر في الطفل ذي الإعاقة السمعية من حيث مرجعيه تعلمه أو عدم تعلمه للغة والكلام الآمر الذي يؤثر علي إحداث تنمية تواصلية لدية عبر اللغة والكلام السابق تعلمها واختزالها إن وجد .

**التصنيف التربوي :**

يتم تصنيف الإعاقة السمعية من منظور تربوي في ضوء العلاقة بين التعلم وبناء الكلام واللغة كما في التالي :

**أولا : تبعاً لحده الصوت التي يستقبلها الفرد :**

إذ يشير كل من " مورتان وريتشارد " ( 1980 ) Morthan & Richard إلى أن هناك بعضاً من الأفراد يستطيعون سماع الأصوات عالية التردد يعتبر معوقاً سمعياً ... ولذا يواجه مشكلات في استقبال وفهم الأصوات المتماثلة أو الحروف الساكنة ... ويضيف الباحث أن الفرد الذي لا يستطيع سماع الأصوات منخفضة التردد يواجه صعوبة في التعرف علي الأصوات .

**ثانيا: تبعاً لزمن الإعاقة :**

بينما تركز ماجدة عبيد ( 1992 ، 15 ) : علي التصنيف الزمني للإعاقة من خلال نوعين من الصمم علي أساس لغوي وهما :

**1- صمم ما قبل اللغة** Prelingual Deafness :

ويتسم أولئك الأطفال بفقدهم للحاسة السمعية قبل اكتسابهم اللغة أي قبل سن الثالثة ، الأمر الذي ينتج عنه محدودية خبراتهم وعدم قدرتهم علي تعلم اللغة والكلام .

**2- صمم ما بعد اللغة** Postlingual Deafness :

ويشارك به إلى الصمم الذي يصيب الأطفال بعد سن الخامسة ، أي بعد اكتسابهم اللغة والكلام حيث يوجد لديهم العديد من المفردات اللغوية ، ولكنهم لا يستطيعون تنميتها إلا بتوافر بيئات تربوية مناسبة لذلك.

ويقسم كل من أحمد اللقاني وأمير القرشي ( 1988 ، 15 ) تصنيف الإعاقة السمعية: علي أساس الوقت أو المرحلة التي حدث فيه فقدان السمع إلى نوعين هما :

**1- الصمم الولادي** The Congenitally Deafness

ويوصف به الأفراد الذين ولدوا وهم مصابون بالصمم.

**2-الصمم العارض** The Adventitiously Deafness

ويوصف به الأفراد الذين ولدوا بقدرة سمعية عادية ولكن لم تعد الحاسة السمعية لديهم تقوم بوظيفتها بسبب حدوث مرض أو إصابة .

**ثانياً المفهوم الطبي :**

يتمركز المفهوم الطبي للإعاقة السمعية حول العجز والتلف السمعي نتيجة لسبب عضوي ولأدى أو مكتسب ، ونستعرض التناول الطبي للإعاقة السمعية فيما يلي :

إذ يشير " هر در وهر در" Herder & Herder(1972 ، 246) إلي أن الأطفال الصم : هم أولئك الذين لديهم غياب كامل للسمع نتيجة لعوامل وراثية أو نتيجة الإصابة أثناء فترة الحمل أو التعرض للحوادث. ولذا يصفهم " بنجامين وولمان " Benjamin G. & Wolman ( 1973 ، 90 )بأنهم ذوو القدرة المفقودة في جهاز السمع الأمر الذي يترتب علية عدم أحداث أي ترددات أو ذبذبات صوتية لأي مثير سمعي . ويفسر " جود هل " Good Hill سبب تلك القدرة السمعية المفقودة لديهم ، إذ يعزي ذلك لكونهم لا يسمعون بكلتا الآذنين اللتان تكونان غير قادرتين تماماً علي الاستقبال أ, التعامل مع أصوات البشرية ، حتى في ظل أقصي درجة من التكبير السمعي ( إيهاب البيلاوي : 1995 ، 17 ) .

ويشير مصطفي القمش ( 2000 ، 27 ) إلى أن الأطفال الصم هم أولئك الذين تحول إعاقتهم السمعية دون فهمهم للكلام المنطوق عن طريق حاسة السمع وحدها سواء باستخدام السماعة الطبية أو بدونها .

**التصنيف الطبي :**

يركز التصنيف الطبي علي اضطراب السمعي نتيجة عرض ما أو خلل في الجهاز السمعي ويتضح ذلك من خلال التالي :

**أولا : تبعاً لدرجة فقد السمع :**

فقد ذهب " كوفمان " ( 1981 ) kauffman ومنظمة الصحة العالمية لتصنيف فقدان السمع كما في الجدول التالي :

**جدول ( 3 )**

**تصنيف فقدان السمع تبعاً لدرجة فقد السمع**

| مستوي الإعاقة السمعية | فقدان السمع | فقدان السمع | مستوي الإعاقة السمعية |
|---|---|---|---|
| ضعف سمعي طفيف | يصل الفقدان السمعي فيه ما بين ( 26–54) ديسيبل | ما بين ( 26–40 ) ديسيبل<br>ما بين ( 41–55 ) ديسيبل | ضعف سمعي ضعيف<br>ضعف سمعي معتدل |
| ضعف سمعي متوسط | يصل الفقدان السمعي فيه ما بين ( 55– 69 ) ديسيبل | ما بين (56– 70) ديسيبل<br>ما بين (70 – 91 ) ديسيبل | ضعف سمعي معتدل الشدة<br>ضعف سمعي شديد |
| ضعف سمعي شديد | وتكون درجة الفقدان السمعي فيه ما بين ( 70–89 ) ديسيبل | أكثر من ( 91 ) ديسيبل | ضعف سمعي عميق |
| ضعف سمعي عميق | ويصل الفقدان السمعي به من ( 90 ) ديسيبل فأكثر | ( 100 ) ديسيبل | فقدان سمعي تام |

( كوفمان : 1981 ، 223 ؛ اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين : 1997 ، 55 ) .

**ثانيا : تبعاً لموقع الإصابة :**

ويتدرج ذلك التصنيف علي أساس الأضرار التي تصيب الجهاز السمعي كما يلي :–

ا-**الصمم ا لتوصيلي** : ومرجعه لاضطراب أعضاء الآذن مثل : ثقب طبلة الآذن أو أصابه إحدى عظيمات الأذن بعطب ......

ب- **الصمم النقلي** : ويعزي للأعصاب التي تصيب القوقعة أو العصب السمعي الموصل للمخ .

ج- **الصمم الحسي – العصبي** : وينتج من الإصابة في الأذن الداخلية أو تلف العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية للأذن الداخلية مهما بلغت شدتها ، أو وصولها محرفة وبالتالي تعجز مراكز الترجمة في المخ عن تفسيرها.

د- **اضطراب السمع المركزي** : ويتسم باضطراب في المركز السمعي في المخ من سلامه أجهزة السمع بالأذن ، ومن ثم لا يستطيع الفرد المصاب به أن يميز بين المؤثرات السمعية

هـ- **الصمم الحادث قبل تنمية اللغة:** ويشير إلى الصمم الموجود عند ولادة الطفل أو الذي حدث في وقت مبكر من حياته قبل أن تنمو لديه الكلام أو اللغة.

ز- **الصمم الحادث بعد تنمية اللغة:** وهو صمم يحدث في أي سن بعد تنمية اللغة.

ع- **الصمم المختلط** : وهو الذي يجتمع فيه كلا النوعين من الصمم التوصيلى والعصبي ( رمضان القذافي : 1994 ، 137- 138 ؛ كمال سيسالم : 1988، 155؛ عبد المطلب القريطي : 1996 ، 139 – 140؛ عبد الحميد يوسف :2002، 14 ). ويرى الباحث : أن التصنيف الطبي للإعاقة السمعية يعتمد في تحديد الصمم الكلى على : تلف مركز السمع بالمخ أو العصب السمعي ، وكذلك يرتكز في تحديد الصمم الجزئي على وجود عطب ما في الأذن الخارجية أو الوسطى أو الداخلية ، ومن ثم فان حدوث الصمم أو الإعاقة السمعية قبل أو بعد اكتساب اللغة والكلام يؤثر من حيث مرجعيه الحصيلة اللغوية وكذلك تبعاً للعطب السمعي الحادث ودرجة أو إمكانية التدخل لإصلاحه.

**ثالثاً : المفهوم الاجتماعي :**

يتمحور المفهوم الاجتماعي للإعاقة السمعية حول عدم القدرة علي التواصل مع الآخرين بفاعلية في المحيط الاجتماعي ، ولذا يتم تعريف الأطفال الصم : بأنهم الذين حرموا من حاسة السمع لدرجة تجعلهم غير قادرين علي سماع الكلام المنطوق ، حتى مع استعمالهم لمعينات سمعية ، ولذا يضطرون لاستخدام أساليب أخري للتواصل مع الآخرين ( عبد العزيز الشخص : 1985، 362 ). ويتم الربط بين الاستجابة للأغراض التعليمية والاجتماعية والبيئة السمعية من خلال وصفهم بأولئك الذين فقدوا حاسة السمع منذ الميلاد أو قبل تعلم الكلام ، أو حتى بعد تعلم الكلام ، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية (علي عبد النبي : 1996 ، 62 ).

ويبين أيمن المحمدي ( 1998 ، 8 ) سبب اعتماد الأطفال الصم علي حاسة الأبصار من خلال وصفهم بأنهم : الذين حرموا من حاسة السمع في مرحلة مبكرة من العمر بدرجة تجعلهم يعتمدوا اعتمادا كلياً علي حاسة الإبصار وغيرها من طرف التواصل للتعامل مع بيئته.

ويتفق مصطفي القمش ( 2000 ، 27 ) مع التعريف السابق وذلك في وصفهم بأولئك الذين لديهم انحرافا في السمع يحد من القدرة علي التواصل السمعي – اللفظي . ويتضح للباحث : أن الأطفال الصم : هم أولئك الذين لديهم قصوراً في الاستجابة السمعية للمثيرات الصوتية بصورة تامة ، نتيجة لخلل في التفاعل الطبيعي مع الآخرين كمرجع للقصور الحادثة في الجوانب التواصلية لديهم ، ولذا يشوب أنماط

تفاعلاتهم مع الآخرين الضعف والفشل الاجتماعي ، ولذا فقد تسيطر عليهم الانعزالية والاستجابات المنخفضة في المحيط الاجتماعي .

**رابعاً : المفهوم القانوني :**

يتناول قرار مجلس الوزراء بالمملكة العربية السعودية رقم ( 34 ) لسنة 1400 هـ من خلال اللائحة الأساسية لبرامج تأهيل المعوقين بالمملكة العربية السعودية مادة ( 7 ) : الصم والبكم ، الصم ، والبكم ، ضعاف السمع(اللائحة الأساسية لبرامج تأهيل المعوقين بالمملكة العربية السعودية :1990، 21) . ثم عرفت التوصية العربية رقم ( 7 ) لعام ( 1993 ) بشأن تأهيل وتشغيل المعوقين : المعوقون حسياً بكونهم الأشخاص الذين نقصت قدرتهم الحسية لوظيفة عضواً ، أو أكثر لديهم ، ومنهم فئة الصم والبكم وضعاف السمع الذين لا يجدي معهم تصحيح السمع التوصية العربية رقم ( 7 ) بشأن تأهيل وتشغيل المعوقين لسنة (1993 : 1994 ، 25 ) . في حين أن قرار السيد : رئيس مجلس الوزراء المصري رقم( 3452 ) الصادر بتاريخ 1997/11/14 والخاص بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون الطفل " الباب الخامس " والخاص برعاية الطفل المعوق وتأهيله مادة ( 157 ) تناول فئتي ذوي الإعاقة السمعية فيما يلي :

الأطفال الصم : ويقصد بهم الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع أو كان سمعهم ناقصاً إلى درجة أنهم يحتاجون لأساليب تعليمية للصمم تمكنهم من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية ( اللائحة التنفيذية لقانون الطفل المصري : 1998 ، 70 ) .

**خامساً المفهوم التعليمي ( الدراسي )**

صدر القانون رقم 68 لسنة ( 1968 ) بشأن التعليم العام : وورد نص فيه علي إنشاء مدارس لتعليم ورعاية التلاميذ المعوقين بما يكفل إتاحة الفرصة لهم للدراسة بما يتفق مع قدراتهم ....... كما نص علي أنه إذا أنشئت بجهة ما مدارس أو فصول ابتدائية لتعليم ورعاية الأطفال المعوقين طبق حكم الإلزام بالنسبة للمعوقين بهذه الجهة وتقوم مديريات التربية والتعليم والإدارات التعليمية بتحويل المعوقين من مدارس التعليم العام إلى مدارس وفصول التربية الخاصة وفي العام الدراسي 1995 / 1996 كان يجمع مدارس التربية والتعليم ( 20892 ) تلميذ يضمهم( 2253 ) فصل دراسي موزعة علي ( 165 ) مدرسة متخصصة لتعليم المعوقين ، ( 204 ) مدرسة بها فصل أو أكثر للمعوقين .

## أسباب الإعاقة السمعية :

تتمحور أسباب الإعاقة السمعية في فئتيها الصم الكلي , والصم الجزئي فيما يلي

**أسباب الصمم الكلي :** ترجع أسباب الصم الكلي إلى :

**أولا : أسباب وراثية :**

إذ تشكل العوامل الوراثية حوالي 50% حيث يعتقد أن هناك ما يزيد علي ستين نوعاً من الفقدان السمعي الوراثي تصنف تبعاً لعوامل عدة منها :

**1- طريقة انتقال الصمم** : ويتم ذلك علي :

**أولاً : على جينات متنحية** : Recessive Deafness

إذ تشير الدراسات إلى إن حوالي 84% من الصم الوراثي ينقل كصفة متنحية ومن ثم يتم نقل الصم من آباء ذوي سمع عادي إلى الأبناء .

**ثالثاً : علي جينات سائدة** : Dominant Deafness

ويؤدي جين واحد إلى معانات الطفل وإصابته بالصم ، وتصل نسبة حدوثه حوالي 14% وتعد نسبة قليلة نسبياً .

**رابعاً : علي الكر وموسوم الجنسي** Sex- linked Defames

ويعد هذا النوع اقل أنواع الصم حدوثاً إذ يبلغ حوالي 2% ويتأثر به الأطفال الذكور فقط .

**خامساً : أسباب ترجع للزمن الذي تحدث فيه الإصابة :**

ومن تلك الأسباب ما يلي :

**أ- عوامل تحدث قبل الميلاد :**

1- **ويشتمل ذلك علي تسمم الحمل** : Toxemia of Pregnancy والنزيف الذي يحدث قبل الولادة ، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل : كالتهابات الغدة النكفية والزهري ، وكذلك فإن الإكثار من تناول المضادات الحيوية Antibiotics يؤثر في سلامة حاسة السمع .

2- **ويعد اكثر العوامل الوراثية أثراً في تلف حاسة السمع حالة تعرف باسم " دوردينرج"** Woardenberg Syndrome ، وفيها يتلازم القصور السمعي الشديد مع اختلاف لون قرنية العين اليمني عن اليسرى في اختلاف لونها ، وتنتشر تلك الحالة بنسبة 50% من حالات ولادة الأطفال من ذوي الصم ، وأيضا أولئك الذين يحملون الجنسية المسبب لتلك الإعاقة والذي يقع علي الذراع الطويل للكر وموسوم رقم ( 2 ) المعرف باسم BaX3 0

3- **ومن ثم نجد أن عدم توافق الزوجية في العامل الريزيس** R H : إذ يحدث ذلك عندما تكون فصيلة الأم R H- سلبي وفصيلة الجنين R H t إيجابي ويطلق علي ذلك الصم الخلقي الولادي Congenital

**ب- عوامل تحدث أثناء الميلاد** : وهي تلك التي تصاحب عملية الولادة مثل : طول مده الولادة ، أو الولادة المتعسرة وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين ، و إصابة الجنين بالصفراء المرضية ( فتحي عبد الرحيم وآخرون : 1980 ، 524 ؛ حسن سليمان : 1998 ، 206) .

**ج- عوامل تحدث بعد الميلاد** : وتشمل تلك الحوادث التي تصيب الفرد في الآذن أو المخ وكذلك إصابة الطفل بالتهاب القناة السمعية بالقناة السمعية ، أو إصابة الآذن الوسطي لمرض عرض ورم الآذن الوسطي اللؤلؤى Cholesteator إذ تتواجد أنسجة جلدية مكومة بداخل تلك الآذن .

جدول ( 4 )

حالات الصم المتكررة في الأسرة ( الوراثة ) ونسب تاريخ الإعاقة وسببها لدي ذوى الإعاقة السمعية

| قرابة الأبوين | الأبوين أقارب | الأبوين ليسوا أقارب | المجموع | تاريخ الإعاقة | السبب في الإعاقة | نسبة المعوقون سمعياً |
|---|---|---|---|---|---|---|
| تكرار الصمم في الأسرة | - | - | - | منذ الولادة | خلقية | % 83 |
| حالات صم متكرر | 21 | 12 | 33 | طارئة | نتيجة مرض | % 17 |

| في الأسرة | | | | ودائمة | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| حالة واحدة للصم في الأسرة | 22 | 25 | 47 | طارئة | نتيجة حوادث | – |
| المجموع | 43 | 27 | 80 | | | |

(الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين : 1994 ، 190؛ سامي محمود ، لورنس بسطا : 1994 ،1 20 –202 ). ووفقا لآخر تقرير لمنظمة الصحة العالمية W.H.O يشير الجدول التالي إلى عدد المعوقين بمصر وسبب الإعاقة :

جدول (5)

أعداد المعوقين بمصر وسبب الإعاقة

| الدولة | عدد المعوقين | سبب الإعاقة |
|---|---|---|
| مصر | (6) ملايين معوق | زواج الأقارب |

( جيهان يوسف :2000أ ، 78).

**ثالثاً : أسباب جنينيه** : Syndrome : مثل أعراض " تريتشر Collins Treacher " وتشمل : صغر حجم أذن الطفل ، واتساع الفم ، وخلل في تكوين الأسنان ، وارتجاع خلقي للذقن وعيوب خلقته بعظام الوجه .

**رابعاً : أسباب لا ترجع لأصول جينية** : كاستخدام العقاقير والفيروسات والأمراض التي تصيب الآذن الوسطي والداخلية .

**خامساً: أسباب بدنية وعقلية** : وتلك تعد خاصة بالجسم و أخرى خاصة بالعقل .

**سادساً : أسباب مجهولة المصدر** : إذ تمثل تلك الأسباب المجهولة للصم حوالي 15% لدي الأطفال ، وفي الماضي كان هؤلاء الأطفال ذوي الصم يلقون حتفهم وتؤدي تلك الأسباب إلى ردود أفعال شديدة من الوالدين حيث يشعرون بالذنب نحو أبنائهم ( منال منصور : 1983، 90 –93 ؛ فوزية الأخضر : 1993 ، 17 ) .

**سابعا : أسباب بيئية** : وتتمثل تلك التي ترتبط بالوراثة ومنها ما يلي :

**أ- الحصبة الألمانية** German Measles : وهي تلك التي تصيب الأم الحامل خاصة في الشهور الثلاثة الأولى إذ ينتقل هذا الفيروس إلى الجنين وقد يحدث لدية إعاقة إذ أنه يهاجم أنسجة الآذن ، ولذا تعتبر الحصبة الألمانية السبب الرئيسي للصم لدي حوالي 10% من الأطفال .

**ب- التشوهات الخلقية** : وهي تلك التي تحدث في : طبلة الآذن أو العظيمات أو القوقعة أو حيوان الآذن.

**ج- تناول العقاقير والأدوية الضارة بالسمع** : وبصفة خاصة تلك التي تتم بدون استشارة الطبيب .

**د - الالتهاب السحائي** : Meningitis : ويشير إلى مهاجمة البكتريا أو الفيروسات للأذن الداخلية الآمر الذي يؤدي لفقدان السمع .

**هـ – الأطفال المبتسرين** Prenaturity **:**وهم أولئك الأطفال الذين يولدون قبل الميعاد وبخاصة ذوي الوزن المنخفض منهم .

**و – إصابة المولود باليرقان :** بصفة خاصة في الساعات الأولى بعد الولادة أو في الأيام الثلاثة الأولى .

**سابعا: وسائد الخطر :** إذ نشرت إحدى المجلات الطبية البريطانية أن الكيس الهوائي للسيارة الذي ينتفخ عند وقوع حادث لحماية السائق من الموت وتقليل خطر الإصابة ... قد يتسبب في فقدان السمع وطنين مستمر في الآذنين بسبب الصوت القوى الذي يصدر عنه ( جيهان يوسف : 1999، 79).

**جدول ( 6 )**

**أسباب الإعاقة من خلال الجدول التالي**

| أسباب الإعاقة | الوراثية | المرض | إصابة أثناء الولادة | الحوادث | التسمم | إصابة حرب | صعوبات حمل | الشيخوخة | لم يستطيع تحديد السبب |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| النسبة المئوية | %8 | %64.8 | %1.9 | %11.4 | % .9 | %.6 | %4.5 | %5.9 | %2 |

(اتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين : 12،2002).

**المستويات السمعية:**

إن الأصوات التي نسمعها توفر لنا معاني تحذيرية على ثلاث مستويات ، ويتضح ذلك كما في التالي :

**1- المستوى اللغوي :**

فان الإنسان يسمع كلام أخيه الإنسان في شكل لغة تحمل الأفكار والثقافة السائدة وتكوين علاقات بما تحمله من عواطف ومشاعر ، فإذا فقد الإنسان السمع فان قدرته اللغوية تتأثر ، وقد ينقطع التواصل بينه وبين الآخرين هذه الوسيلة فيلجأ إلى وسائل أخرى بديلة مثل لغة الإشارة أو لغة الشفاه .

**2-المستوى التحذيري :**

إن السمع هو وسيلتنا الأولى لإدراك الأخطار المحيطة من خلال ما ينبعث منها من أصوات ،فكل شئ متحرك له صوت من ذلك الرعد وصوت المطر وصوت الرياح وأزيز النحل وأصوات الحيوانات علي اختلافها وأبواق السيارات وصفارات القطارات والمترو وصفارات الإنذار وسرينة النجدة وأصوات سيارات الحريق وسيارات الشرطة وغيرها كثير، وكل هذه الأصوات للتحذير من الأخطار.

**3-المستوي الجمالي :**

أو مستوي الجمال من خلال الإحساس بالحياة فانه حولنا ملايين الأصوات الصغيرة مثل الموسيقي وزقزقة العصافير وصوت تمايل أوراق الأشجار والعلاقات العاطفية بين الوالدين وبينهما وبين أبناءهما والأغاني لإيجابية التفاعل والتوجيه ( عبد الحميد يوسف : 2002، 13).

**أساليب التواصل لدي ذوي الإعاقة السمعية :**

تنتاب الطفل ذي الإعاقة السمعية الرغبة العارمة في التفاهم مع الآخرين وفهم من حوله وإيجاد مخرج أو وسيلة تمكنه من ترجمة أفعال وأقوال الآخرين من عادي السمع بل وكذلك مع أقرانه ذوي الإعاقة السمعية ولذا فهو في حاجة إلى التواصل معهم مثل فنان البانتوميم الذي يجيد التعبير بيده وأجزاء جسمه كلها وذلك لترجمة ما بداخلة بدون مؤثرات صوتية مستقبلة أو مرسلة .

ويضيف شاكر قنديل ( 2000 ، 497 ) أن التواصل هو مشكلة الأساسية للطفل ذي الإعاقة السمعية فإذا كان فقد السمع يعني عدم القدرة فإن العجز عن التواصل هو الإعاقة الحقيقية ،ومن ثم فإن تم تحقيق تواصل مع ذلك الطفل فإن ذلك يعد تجاوز عقبة في سبيل نموه ، والتواصل يعني الكل من إشارات وتلميحات ، وأبجدية الأصابع وترجمة الكلمات علي الشفاه ، وفهم تعبيرات الجسم .

**ومن طرق التواصل لدي ذوي الإعاقة السمعية ما يلي :-**

**أولاً : طريقة قراءة الشفاه Lip Reading**

وتشير تلك الطريقة إلى التعرف علي الكلام من خلال ملاحظة ذي الإعاقة السمعية لحركات الشفاه واللسان والفك للمتكلم ومن ثم يتطلب ذلك القدرة علي رؤية حركة الشفاه واللسان والفك بسرعة .

وتعتمد تلك الطريقة علي عدة عمليات وهي :

**1-العملية التركيبية :**

ويتم فيها التركيز علي معني الكلام بصورة اكبر من التركيز علي حركات الشفاه لدي المتكلم من قبل ذي الإعاقة السمعية وذلك لكل مقطع من مقاطع الكلام .

**2- العملية التحليلية :**

ويراد بها تركيز ذي الإعاقة السمعية علي حركات شفتي المتكلم والتي تشكل معاً معني مقصوداً ذا دلالة معينة ومن ثم التعبير عنة .

**3-عملية الصوتيات :**

إذ تركز علي أجزاء الكلمة كمقاطع بتعلم ذي الإعاقة السمعية نطق الحروف الساكنة والمتحركة ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة .

**4-عملية الوحدة الكلية :**

وتهتم بالوحدة ككل إذ أنها تركز علي الكل مثل قصة قصيرة ولا تركز علي الحرف أو الكلمة أو حتى علي الجملة ( أحمد اللقاني ، أمير القرشي : 1996 ، 52) .

ومن ثم يشير الباحث إلى إن للتدريب علي قراءة الشفاه دوراً فعالاً في المساعدة علي تواصل ذوي الإعاقة السمعية مع الآخرين إذ أن التعود والتدريب علي التطلع يوجد المتكلم والتركيز علي مداخل ومخارج الكلمات والتي يعبر عنها بالفم ويتم ذلك بالتركيز البصري علي حركات الشفاه واللسان والفك لمخارج الحروف .

**ثانياً : الطريقة الملفوظة :**

وتشير تلك الطريقة للمظاهر اللفظية إذ تعتمد علي الكلام وقراءة الشفاه كطرق أساسية لعملية التواصل ومن خلالها تسهم في دمج ذي الإعاقة السمعية مع عادي السمع ، وفي إطار صعوبة تلك الطريقة انبثق منها : طريقة الحديث بالتلميح وتلك التي لا تعتمد علي اللغة الملفوظة فقط بل تستخدم بجانبها بعض

الإشارات ولذا أظهرت تلك الطريقة تحسناً للمهارات الأساسية في التواصل والقراءة لدي ذوي الإعاقة السمعية ( هدي عبد الرحمن : 1998 ، 275 ) .

**ثالثاً : أساليب التواصل اليدوية :**

وينبثق من تلك الأساليب : لغة الإشارة وهجاء الأصابع ، ويتضح ذلك فيما يلي :

**1- لغة الإشارة :**

وهي عبارة عن نظام من الرموز اليدوية الخاصة التي تقوم بشرح ووصف الأحداث والمفاهيم والكلمات التي يتفاعل معها الفرد في بيئة ولنا تعتمد علي الأبصار ، ومن ثم فأنها تعد امتدادا لمرحلة التواصل اللفظي مع التوسع في الدمج بين اللغتين الشفوية والإشارة تبعاً لاستعداد ذي الإعاقة السمعية وقدرته علي فهم واستيعاب المواقف المطروحة إمامة ، وتنقسم الإشارات إلى :

**أ – الإشارات الوصفية :**

ويشار بها إلى تلف الإشارات اليدوية التلقائية التي تقوم بوصف فكرة معينة كرفع اليد للدلالة علي الطول أو رفع الذراعين للتعبير عن الكثرة .

**ب- الإشارات غير الوصفية :**

وهي إشارات ذات دلالة خاصة أي أنها لغة خاصة متداولة بين ذوي الإعاقة السمعية مثل الإشارة بالإصبع إلى أعلي للدلالة علي " شئ حسن والإشارة بالإصبع لأسفل للدلالة علي " شيء رديء " .

**2- هجاء الأصابع :**

ويشار بها للإشارات الحسية المرئية اليدوية التي تقوم علي أساس رسم أشكال الحروف الهجائية بواسطة أصابع اليد إذ أن لكل حرف شكله الخاص به ومن تلك الحروف تتشكل الكلمات ويمكن بواسطتها التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي تكون صعبة التعبير باستخدام لغة الإشارة (مني سليمان : 1998 ، 151 ؛ فاروق صادق : 1997 ، 25 ؛ إبراهيم الزهيري : 1998 ، 218 ) .

**رابعاً : طريقة روشيستر**

ويتم في تلك الطريقة دمج طريقة هجاء الأصابع مع قراءة الشفاه إذ يقوم ذي الإعاقة السمعية باستخدام هجاء الأصابع للدلالة علي كل كلمة وتنفذ تلك الطريقة لأنها تشعر المشاهد بالملل نظراً لكونها تركز علي كل حرف يتم التعبير عنه بهجاء الأصابع وكذلك قيام ذي الإعاقة السمعية بالتعبير عن كل حرف هجاء من خلال الأصابع .

**خامساً : طريقة التواصل الكلي :**

ويراد بالتواصل الكلي حق كل طفل ذي إعاقة سمعية في تعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للتواصل بهدف تنمية مهارات اللغة في سن مبكرة بقدر المستطاع لدية سواء عن طريق لغة الإشارة ، والكلام ، وقراءة الشفاه وهجاء الأصابع والقراءة والكتابة وحركات الجسم التعبيرية ، ومن ثم الإعاقة السمعية استخدام الطريقة المناسبة وفق إمكاناته للتعبير عن ذاته أثناء تواصله مع الغير ولذا فق أظهر ذوي الإعاقة السمعية ممن يستخدمون طريقة التواصل الكلية درجات مرتفعة في التواصل مقارنة بأولئك الذين يستخدمون طرقاً تواصلية أخري .

**مميزات أسلوب التواصل الكلى :**

أ- لا يلغى استعمال الأجهزة السمعية بل يعمل على استغلال أي بقايا سمعية في إدراك الصوت حتى يصبح واضحا في ذهن التلميذ ذي الإعاقة السمعية .

ب- لا يلغى استقراء الكلام " قراءة الشفاه " .

جـ- يستطيع التلميذ ذي الإعاقة السمعية من خلال هذا الأسلوب اكتساب لغة الإشارة بسرعة اكبر كما يتيح له التعبير عن احتياجاته ورغباته ومشاعره .

د- يمكن هذا الأسلوب الوالدين من شرح وتوضيح الأشياء لطفلهما ذي الإعاقة السمعية كما يمكنهم من البقاء معه لفترة أطول ، وبهذا قد تصبح الحياة الأسرية افضل ويتجنب الطفل المشاكل النفسية .

هـ - يصبح لدى المدرسة – عن طريق التواصل الكلى – تلميذا ذي إعاقة سمعية اكثر تواؤما وانسجاما مع البيئة المحيطة به .

و- تسهيل عملية التواصل اللفظي من جانب هذا الطفل .

س- توفير بديل عملي للكلام بالنسبة لذلك الطفل.

**سادساً طريقة التدريب السمعي**

وتعد من أقدم طرق تدريب المعوقين سمعياً علي اكتساب المهارات الأتصالية اللغوية ، وتركز تلك الطريقة علي استغلال بقايا السمع لدي الطفل والمحافظة عليها وتنميتها عن طريق تدريب الأذن علي الاستماع والانتباه السمعي وتعويد الطفل علي ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينها (أحمد اللقاني ،أمير القرشي : 1998 ، 73-74 ؛ فتحي عبد الرحيم ، حليم بشاي : 1988 ، 250 – 251 ؛ وزارة التربية والتعليم : 2002 ، 33 –34 ؛ عبد المطلب القريطي : 2001 ، 351 ؛ عادل عبد الله :2004، 227) .

**سابعاً : التكنولوجيا المعينة :**

وتشير ذلك لأجهزة الاتصال التليفوني لذوي الإعاقة السمعية من خلال إضافة آلة كاتبة مبسطة وشاشة كبديل للسماعة ومن أمثلة تلك الأجهزة الحديثة ما يلي :-

1- محول الصوت إلى مثيرات لمسية .

2- المرسل والمستقبل السمعي .

3- جهاز مساعد السمع.

4- جهاز تحويل المحادثة إلى لغة إشارية .

5- جهاز محول الكلام إلى صور لمسية .

6-جهاز محول الأصوات إلى ذبذبات .

7- أجهزة إلكترونية ملموسة تحول الطاقة الصوتية إلى طاقات ترددية لمساعدة الأطفال ذوى الإعاقة السمعية على الكلام وسماع الأصوات ؛إذ يفترض أن هناك جزء من المخ مكيف للتعامل مع الأحاسيس الشبيهة بالصوت( عثمان فراج : 1999 ب، 9 – 10 ؛ إبراهيم الزهيري : 1998 ، 225 – 226)

**ثامنا : زرع الآذن الصناعية :**

إذ تجرى لأول مرة في مصر عملية زرع الآذن على نفقة الدولة وفى مستشفياتها الجامعية وبذلك يتحقق الأمل لنحو (300) آلف مريض بالصمم الكلى بمصر في القدرة على استرجاع السمع لهم بنسبة 60% على الأقل وذلك بعملية زرع الآذن الصناعية .

**تاسعا : البرامج التليفزيونية المترجمة بلغة الإشارة:**

إذ شاهد ذوى الإعاقة السمعية أول مرة في مصر نشرة أخبار مترجمة بلغة الإشارة وهو ما سوف يتيح للملايين من ذوى الإعاقة السمعية فرصة مشاهدة أفلام ومسرحيات كاملة بلغة الإشارة ، وقد تقرر أيضا وضع مشروع شرح معاني القرآن الكريم بلغة الإشارة حيز التنفيذ(؛ جيهان يوسف : 2002جـ ، 78 ؛ جيهان يوسف ب:79،2000 ؛ جيهان يوسف :79،1999).

**الوسائل التكنولوجية التي يمكن توظيفها لخدمة الطلاب ذوي الإعاقة السمعية .**

يتوفر في الوقت الحالي العديد من التكنولوجيا القادرة علي تغيير حياة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية إيجابياً ولتلك الأدوات وظيفة هامة تتمثل في : تحسين مستوي السمع أو التواصل أو الوعي البيئي وكذلك تقوم بتنمية الاستقلالية والاعتماد علي الذات لدي ذوي الإعاقة السمعية .

**جدول ( 7 )**

**التكنولوجيا التي يمكن توظيفها لخدمة الطلاب ذوي الإعاقة السمعية**

| مسلسل | التكنولوجيا البصرية | التكنولوجيا السمعية |
|---|---|---|
| 1 | الحاسوب | نظم التواصل بالترددات الإذاعية |
| 2 | نظم العفونة | المعينات السمعية القابلة للبرمجة |
| 3 | تدوين الملاحظات بمساعدة الحاسوب | نظم تضخم الصوت |
| 4 | أشرطة الفيديو | زراعة القوقعة |
| 5 | أقراص الكمبيوتر التعليمية | نظم التدريب الكلامي بمساعدة الحاسوب |
| 6 | تكنولوجيا التواصل عن بعد | البرامج المعدة علي أشرطة صوتية مسموعة |
| 7 | الرزم والبرنامج المطبوعة | أقراص الكمبيوتر التعليمية |

( Easter Brooks , S. : 1999, 537 ) .

وقد حدث تطور هائل من اجل حياة افضل لذوى الإعاقة السمعية وذلك من خلال استخدام تكنولوجيات متطورة منها ما يلي :

1- استخدام الكمبيوتر لتعليم ذوى الإعاقة السمعية النطق السليم .
2- استخدام الكمبيوتر في مجالات التشخيص والعلاج لكل أمراض التخاطب .
3- أجهزة فحص واختبارات السمع مما يساعد على الاكتشاف المبكر.
4- المعينات السمعية المتطورة إذا كان لدى ذي الإعاقة السمعية بقايا سمعية مما يتيح له التواصل مع الغير.
5- الهواتف المعدة للأشخاص ذوى الإعاقة السمعية منها الذي تم تزويده بشاشة تنقل الرسائل والنصوص على الشاشة بدل الاستماع إليها.

6-أضيف للتليفزيون جهاز يحول الصوت إلى إشارات في ركن الشاشة فيتابعها ذي الإعاقة السمعية
7- جهاز زرع السماعة الإلكترونية إذ يتيح السمع المفيد وقدرة الاتصال والتعامل للأشخاص المصابين بفقدان السمع تتراوح درجاته من العميق إلى الكلى ، ويتم استخدام هذا الجهاز لمعالجة الصمم الحسي العصبي العميق.
8- مشروع اللفظ المنغم لتنمية السمع لدى الطفل ذي الإعاقة السمعية بهدف إدماجه في المجتمع عن طريق الاتصال الطبيعي والمتمثل في الكلام .
9- زراعة القوقعة وهى عبارة عن جهاز إليكتروني صغير يوضع داخل قنوات ومجرى داخل الأذن ويصدر ذبذبات إلكترونية كهربائية لتنشيط العصب السمعي لمركز السمع بالمخ ، وبذلك قد يسمع الطفل بنسبة تصل إلى 90% ، ولقد أجريت هذه الجراحة في مصر على (32) حالة خلال الخمس سنوات الأخيرة ونجحت جميعها .
10- مترجم للغة الإشارة بالتليفون المرئي : إذ توصل المعهد الوطني للصم بإنجلترا لتصميم تليفون مرئي يستعين به فاقدو السمع والنطق بمترجمين للغة الإشارة لتساعدهم على الاتصال بمن يريدون الاتصال بهم ....إذ يتصل فاقد السمع بالمقر الرئيسي للمعهد عن طريق التليفون المرئي حيث تظهر صورته وكذا صورة المترجم على الشاشة ويتبادلا الحديث والمترجم يقوم بدوره بالاتصال عبر أسلاك التليفون لأي مكان كالمستشفى والسوبر ماركت ، وتلك الخدمة تقدم ضمن مشروع السمع للجميع بإنجلترا .
11- قفاز لترجمة إشارات الصم : إذ نجح باحث أسترالي في تصميم زوج من القفازات يقومان بترجمة لغة الإشارة حيث انهما متصلتان بالكمبيوتر ومبرمجان للتعرف على إشارات المتحدث وتفرقتها من الإشارات الأخرى ثم ترجمتها إلى اللغة الإنجليزية وكتابتها على الشاشة وكذا قراءتها ....وقد نجح الكمبيوتر في ترجمة العديد من الجمل من لغة الإشارة إلى الإنجليزية بنسبة خطأ لا تتعدى 5% ...ويأمل الباحث الأسترالي للتوصل لتصميم قفازات متحدثة تقوم بترجمة لغة الإشارة ونقلها صوتياً للمستمعين دون الحاجة لمترجم ( يوسف هاشم : 2000، 53؛ عبد الحميد يوسف : 2002، 20-21 ؛ جيهان يوسف : 1998،78 ؛جيهان يوسف أ: 2002،79 ؛جيهان يوسف : 2002جـ ،80).

## أسباب ضعف القدرات التواصلية لدي ذوي الإعاقة السمعية .

يرجع الخلل الحادث في التواصل الاجتماعي لدي ذوي الإعاقة لسمعية إلى ما يلي :

**أولاً : محدودية القدرات التعبيرية :**

إذ تكون القدرات التعبيرية لدي ذوي الإعاقة السمعية محدودة بسبب تأخر مستواهم اللغوي وأخطاء النطق لديهم كما أنهم كثيراً مالا يلقون التشجيع الكافي ليشاركوا في الجوار ، وكذلك بأن بعضهم ليست لديه القدرة علي نقل الرسائل والأفكار بشكل متسلسل :علي النقاط المهمة في الموضوع أو كيفية استخلاص العبرة منه بالإضافة لكونهم لا يتقنون إعطاء التعليمات .

**ثانياً محدودية القدرات الاستقبالية :**

وتكمن محدودية القدرات الاستقبالية في عده عوامل أهمها :-

**1- عوامل متعلقة بالإعاقة ذاتها :**

إذ يتأثر كثيراً استقبال ذوي الإعاقة السمعية للكلام بسبب إعاقتهم ويزداد ذلك التأثير كلما زادت

حده الإعاقة السمعية .

**2- عوامل تتعلق بالمتكلم :**

تزيد صعوبة الفهم عند ذوي الإعاقة السمعية عندما لا يستعمل الشريك في الحوار طرقاً مساعدة ليفهم ذي الإعاقة السمعية ما يقوله : كأن يكون كثير الحركة أو لا يتكلم بوضوح أو يتكلم بمستوي لغوي غير مناسب لذي الإعاقة السمعية كما أنه قد يغير مواضيع الحوار بشكل مفاجئ أو يتحدث عن أمور غير واضحة لذوي الإعاقة السمعية .

**3- عوامل تتعلق بالبيئة المحيطة :**

إن التواصل مع الآخرين يتأثر أيضاً بظروف البيئة المحيطة ويصبح أصعب كلما ساءت الظروف المحيطة من حيث وجود الضجيج أو ضعف الإثارة أو كثرة عدد المتحدثين .

**ثالثاً :- محدودية المعلومات العامة :**

إذ تكون القاعدة المعلوماتية لدي ذوي الإعاقة السمعية محدودة عادة وذلك لقلة المعلومات التي يتلقونها من الأهل والمدرسين والزملاء ووسائل الإعلام والمجتمع عموماً ( رندا إمام : 1999 ، 198 – 199 ).

**طرق تنمية التواصل بين أفراد أسرة ذي الإعاقة السمعية .**

إذا توافرت جهود صحيحة لتحقيق تواصل فعال مع الطفل ذي الإعاقة السمعية وباقي أفراد أسرة فإن العقبة الأصعب في حياة ذلك الطفل يكون قد أمكن حلها ، وثمة مجموعه من الإستراتيجيات والإرشادات الخاصة للتعامل مع ذوي الإعاقة السمعية التي يمكن الاستفادة بها في أية عملية تواصل مع الطفل ذي الإعاقة السمعية :-

1- حاول التعرف منذ البداية على الطريقة المفضلة للتخاطب مع عدم الالتزام بطريقة واحدة في التخاطب مع ذي الإعاقة السمعية.

2- تأكد أنك تواجه الطفل أثناء تواصلك معه .

3- تجنب الهمس لآخرين من عادى السمع في وجود ذوى الإعاقة السمعية تجنبا لإثارة شكوكه باعتبارك تتحدث عن النقص السمعي لديه.

4- تجنب التعميم في التعامل مع ذوى الإعاقة السمعية لان لكل منهم فرديته وشخصيته والفروق الفردية بينهم.

5- اجعل مسار الرؤية خالياً من المشتقات البصرية ، مع عدم تغطية الفم ، أو أجزاء من الوجه أثناء الكلام

6-علينا دائماً أن تستخدم لغة الجسم التدعيمية ، والتلميحات غير اللفظية .

7- ضرورة مداومة التواصل البصري .

8-تحديد فرصة الكلام لشخص واحد في وقت معين .

9- توجيه انتباه خاص ومركز للطفل ذي الإعاقة السمعية أثناء التواصل مع التأكد من أنه في حالة انتباه.

10- الانتباه لمصادر الضوء أثناء عملية التواصل مع الطفل ذي الإعاقة السمعية ، بحيث يكون مصدر الإضاءة في مواجهته أي أمام وجهك، إذ يؤدي ذلك لانعكاسات حادة عل عين الطفل .

11- يمكن في حالات خاصة استخدام مرآة عاكسة أثناء ركوب السيارة إذ يجعل ذلك فهم الكلام أسهل للطفل ذي الإعاقة السمعية الذي يجلس في كرسي خلفي .

12- الاستحواذ علي انتباه الطفل ذي الإعاقة السمعية إذ يتم ذلك بوسائل كثيرة مثل : إضاءة النور وإغلاقه ،أو الطرق علي المنضدة أو الترتيب علي كتف الطفل .

13- تعليم الطفل كيف يفكر لنفسه وذلك بتقديم مواقف اختيار متكرر أمامه ، أو يقوم شخص في الأسرة بدور المترجم أو المفسر لكل ما يريده الطفل ذي الإعاقة السمعية .

14- الاهتمام بالتعليم العارض أو المنهج غير المكتوب إذ يذكر " جارستون " أن مجموع ما يقضيه أي متعلم من ذوي الإعاقة السمعية داخل قاعات الدراسة النظامية لا يتجاوز 8% من وقت العام الدراسي ومعني ذلك أن نسبة 92% مما يتعلمونه يحدث من خلال التواصل خارج حجرات الدراسة .

15- أن يتبنى أبناء الأبناء ذوي الإعاقة السمعية وسائط بصريه للتواصل مع أبنائهم ( شاكر قنديل : 2000، 497- 501 ؛ عبد الحميد يوسف: 2002، 21 ).

**ويقترح الباحث النقاط التالية لتفعيل التواصل مع ذوى الإعاقة السمعية :**

- الحديث للطفل ذي الإعاقة السمعية ببطيء .

-الحديث للطفل ذي الإعاقة السمعية وجهاً لوجه .

- عدم التداخل الإشاري أي تعددها في وقت واحد إذ أن ذلك من شأنه أن يربك الطفل ذي الإعاقة السمعية فلا يستطيع إدراك وفهم معنى تلك الإشارات المتداخلة نظراً لسرعتها وعدم تفهم معانيها.

- تفعيل التواصل الكلى عند الحديث مع ذي الإعاقة السمعية نظرا لبيئية المتكلم والمستمع بالإضافة لحداثة بعض الإشارات التي لم يلم بها بعد المتكلم خاصة– إذا كان من عادي السمع .

**إنجازات في مجال التربية السمعية:**

1- استحداث مرحلة رياض الأطفال في مدارس الأمل للصم وضعاف السمع كخطوه علي طريق الرعاية المبكرة وزيادة الثروة اللغوية للأطفال .

2- تم افتتاح وحدة لفحص الأطفال حديثي الولادة بمعهد السمع والكلام بأمبابة ؛ والذي تغير اسمه إلى " معهد الإعاقات الحركية حاليا " ، حيث يتم فحص السمع والكلام بالكمبيوتر وفحص السمع بالانبعاث الصوتي ، ومن ثم يعد ذلك من قبيل الاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية .

3-تشكيل لجنة لتصميم مناهج وكتب جديدة تناسب التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية .

4- اخترع مهاجر مصري يعيش في كندا لغة جديدة تجعل فاقدي السمع قادر اً على التعامل مع العالم المحيط به بشكل اكثر فعالية ، وذلك من خلال استخدام أجهزة الكمبيوتر .... وقد أطلق على هذه اللغة " لغة البازي " وتعتمد على كمبيوتر مزود بنظام للتعرف على الصوت ولإملاء الكلمات واستعادتها عبر شريط تسجيل ...وتضم تلك اللغة (23) حرفاً أبجديا ويمكن تعلمها بسهولة .

5-تعميم أجهزة التطوير التكنولوجي في مدارس الأمل ( حاسب الآلي- اوفرهيد بروجيكتور- فيديو – تليفزيون- وكذلك الوسائط المتعددة ومعامل العلوم المطورة).

6-إخراج القاموس الإشاري المرئي علي أقراص (CD) وتوزيعه علي المدارس .

7- وأيضا إخراج القاموس الإشاري المصور الموحد من قبل جامعة الدول العربية .

8-مواكبة تلاميذ مدارس الأمل لما يتم من تعديلات في خطط ومناهج التعليم العام وتتفق مع قدراتهم وتناسبهم مثل ( إدخال مادة الأنشطة والمهارات العلمية – تدريس اللغة الإنجليزية في الصفين السابع والثامن الابتدائي- حصة للمكتبة – الخط العربي- إدخال الحاسب الآلي في المرحلتين الابتدائية والإعدادية – إدخال مادة التكنولوجيا في المرحلة الإعدادية المهنية ).

9-مساواة خريجي مدارس الأمل الحاصلين علي الثانوية الفنية للصم في رواتبهم في الوظائف الحكومية بالحاصلين علي الثانوية الصناعية .

10-تحديث المجالات المهنية في المرحلتين الإعدادية المهنية والثانوية الفنية لضعاف السمع بما يتفق مع الجديد في العصر وسوق العمل.

11-إدخال نظام مشروع رأس المال في بعض المدارس الثانوية الفنية للصم.

12-وصول عدد لجان دبلوم الثانوي الفني للصم إلى 29 لجنة في 21 محافظة (جيهان يوسف : 2002أ ، 77 ؛ جيهان يوسف : 1997، 77 ؛ عبد الحميد يوسف :2002، 36 ).

**طرق الوقاية من الإعاقة السمعية :**

أشارت منظمه الصحة العالمية إلى ثلاثة مستويات من الوقاية من الإعاقة السمعية وهي :

**المستوي الأول :**

ويهدف إلى إزالة العوامل التي أدت لحدوث الإعاقة السمعية و هي :

1- التطعيم ضد الحصبة الألمانية وضمان حصول المرأة علي الطعون قبل الحمل .

2- الكشف عن حالات عدم توافق الدم عند الخطيبين ( R H ) .

3- عدم تناول الأم الحامل لآيه أدوية دون استشاره الطبيب .

4- الحد من زواج الأقارب .

5- رعاية الأم الحامل .

**المستوي الثاني :**

ويهدف للتدخل المبكر لمنع المضاعفات الناتجة عن العوامل المسببة لحاله الخلل أو الإعاقة ويتمثل ذلك فيما يلي :-

1- تقديم العلاج الطبي اللازم للحالات التي يكتشف الإصابة لديها في الجهاز السمعي ويمكن علاجها.

2- الكشف المبكر عن حالات الصعوبة السمعية .

3- تقديم المعينات السمعية المناسبة لمحتاجيها .

**المستوي الثالث :**

ويهدف لمنع حدوث مضاعفات محتمله لحاله العجز حتى لا تتحول الإعاقة ويتمثل ذلك فيما يلي :

1- توفير خدمات التربية الخاصة وتوفير فرص العمل للمعوقين سمعياً .

2- إعفاء الأجهزة الخاصة بالصم من الرسوم الجمركية .

3- إقامة دورات مجانية لتعليم لغة الإشارة لأسر ذوي الإعاقة السمعية وأبناء المجتمع حتى يمكن تسهيل فرص الاتصال والتفاعل الاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية .

4- توفير أنشطه مختلفة علي جميع المستويات ويكون لذوي الإعاقة السمعية حق الاشتراك فيها من خلال : النوادي مع الأفراد عادي السمع للحيلولة دون عزلهم إجماعيا .

5- تخصيص عدد من المواطنين بالدوائر الحكومية والقطاع العام لتقديم الخدمات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية .

6-العمل علي بقاء المواطنين ذي الإعاقة السمعية علي دراية بجميع الأحداث المحلية والعالمية من خلال تلخيص يبث لهم عن تلك الأحداث بلغة الإشارة ( أحمد عبد العزيز : 1999 ، 9- 11 ) .

**الإعاقة السمعية وعلاقتها ببعض مظاهر النمو لدي الطفل الأصم :**

إن العلاقة بين الإعاقة السمعية وجوانب النمو المختلفة لدي الطفل من الموضوعات ، ذات المجال الخاص نظراً لاختلاف مشكلات الصم وتباين سماتهم وبيئاتهم وثقافاتهم ..... وفيما يلي استعراض لأهم آثار الإعاقة السمعية علي جوانب النمو المختلفة فيما يلي :

**أولا : علاقة الإعاقة السمعية بالنمو الجسمي للطفل ذي الإعاقة السمعية :**

إن المبدأ الأساسي في تربية الطفل ونموه يتمثل في المحافظة علي صحته علي أعلي مستوي من ولذا فحينما يصرخ الطفل الأصم فإنه يشعر بحركاته العضلية ولكنه لا يستطيع أن يسمع الصوت الذي يحدثه ، لذلك فإنه يفتقد نوعاً مهماً من المثيرات والشعور بالأمان ، إذ إنه لا يوجد اختلاف واضح للحاجات الجسمية بين الطفل الأصم وعادي السمع ، خاصة وأن الساعات المنتظمة من النوم والهواء الطلق والطعام الجيد ، كل ذلك يقدم لكلا النوعين فرصاً أفضل للنمو الجسمي(عبد الحميد عبد الرحيم ، لطفي بركات : 1979، 179- 180 ) .

بينما نجد رأيا آخر ينحاز إلى مبدأ وجود تأثير واضح لأعاقه السمعية علي الطفل الأصم ، الذي يوصف بأنه شخص غير عادي بكل تأكيد ، إذ إن انحرافاته عن المعتاد يمكن ملاحظتها في النواحي الجسمية ( مختار حمزة : 1979 ، 87 ) .

ويبين على عبد النبي ( 1996 ، 76 ) أنه يمكن التغلب علي الآثار السلبية للإعاقة السمعية علي النمو الجسمي منذ البداية بالتدريب الحركي الموجه والمتواصل لدي الطفل ، وبخاصة للأعضاء المتعلقة بجهاز الكلام والسمع ، كالصدر والحلق والرئتين والأحباب الصوتية والفم وذلك حتى لا تصاب تلك الأعضاء بنوع من الركود والذي قد يؤدى يؤدي إلى اختلاف النمو الجسمي والحركي لها . ويتضح للباحث : أن عمليه التعوق والتعطيل وعدم دخول وخروج الصوت في الجهاز السمعي بسبب عدم استخدامه نتيجة تعطله ، يؤدي بدوره لمشكلات بالجهاز التنفسي ، نتيجة عدم تلقائية حركة الهواء في الجهاز السمعي ، ومن ثم تعطل جهاز النطق لديه ، واضطراب عمليه التنفس بشكل غير طبيعي ، مما يوحي بأن الأصم أقرب إلى المريض بمرض صدري(تنفسي ) ... ومن ثم وجود انتباه للأفعال والمؤثرات الصوتية وبالتالي فإنه قد يفتقد الاستجابة التلقائية الطبيعية والمباشرة للمثير الصوتي ، وتتخذ قدرة أقل من تلك التي لدي عادي السمع .

**ثانيا : علاقة الإعاقة السمعية بالنمو اللغوي للطفل ذي الإعاقة السمعية:**

إن إخفاق الطفل ذي العاقة السمعية عن الكلام في السن العادي ، وعدم قدرته علي تفهم كلام الآخرين ، وانعدام تجاوبه وتمييزه للأصوات ، يجعل هذا الطفل يدخل المدرسة دون رصيد لغوي ويعتمد ذلك بصفة أساسيه علي تنبيه حواسه ، وتدريب أعضاء النطق لديه، ولذا فإن العجز اللغوي يؤثر ليس فقط علي القدرة اللفظية لأصوات الكلام بل يغير أيضاً من القدرة علي تعلم إيقاع Rhythm الكلام وهو التعبير الشفوي عن اللغة ، ولهذا قد يتوقف نمو كل عناصر اللغة علي تغيرات النمو للجهاز العصبي المركزي ، وإن من الطبيعي إذا لم يسمع شخص ما اللغة المنطوقة العادية فإنه لا يستطيع أن يتكلم بفهم وإدراك ، ويشوب كلامه ضجيج بدائي تميزه نغمات مشحونة بالانفعالات( عبد المجيد عبد الرحيم ، لطفي بركات : 1979، 122 –129 ؛ عبد السلام عبد الغفار ، يوسف الشيخ : 1985، 163) . ومن هؤلاء الأطفال من حدثت إعاقته في سن مبكرة ، ومنهم من حدث صممه في سن متأخرة بعد أن تعلم الكلام ، وهذا النوع من الصمم يقتصر أثره علي عدم القدرة علي فهم الكلام المسموع وصعوبة في التعبير عن أفكاره بصورة مناسبة بالإضافة إلى الحرمان من تعلم مفردات وكلمات جديده ( كمال سيسالم : 1988، 156 ) . إذ أن الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لا يمكنهم اكتساب اللغة من خلال عملية التقليد بسبب وجودا يلك الإعاقة ولذلك يحاول هؤلاء الأطفال اكتساب اللغة المكتوبة لأنها الوسيلة التي يتعاملون من خلالها مع مجتمع السامعين( ماجدة عبيد : 1992، 29). ويؤكد عادل عبد الله (2004،200) على وجود تأخر واضح للجانب اللغوي لديهم كمرجع للإعاقة السمعية ولذلك فان مفرداتهم اللغوية محدودة بدرجة كبيرة .

ويري الباحث : أن الطفل ذي الإعاقة السمعية قد يتسم بضعف لغة الحديث لديه ، ومرجع ذلك لوجود خلل واضطراب في إيقاع الكلمة وقوتها وطبقتها إلا إن تدريب الطفل علي بعض العلامات الإيقاعية للكلام باستخدام حاسة البصر مع المبالغة في حركة الشفاه ، تعد طريقاً لتمرين الطفل علي اللغة بمدركاتها ، فالطفل الأصم يتذكر الكلمات التي لها مقابل في لغة الإشارة كما أن لديه القدرة علي تذكر الأشكال أكثر من تذكره الأرقام ، وهو يشعر بذبذبات الصوت عن طريق الجلد والعظام من خلال مرورها في الجهاز العصبي ، إلا أن هناك فئات يستطيعون من خلال التدريبات والتمرين اكتساب قدرة كبيرة علي الكلام بالرغم من كونهم من ذوى الإعاقة السمعية .

**ثالثا: علاقة الإعاقة السمعية بالنمو العقلي للطفل ذي الإعاقة السمعية :**

إذ يظهر التأثير الحادث للإعاقة السمعية على النمو العقلي من خلال انعكاسه علي الذكاء والقدرات العقلية ، ومن ثم فإن العمر العقلي للطفل ذي الإعاقة السمعية اقل بحوالي عامين ومرجع ذلك إما لظروف بيئية لأسباب عضوية. وعند مقارنه الطفل ذي الإعاقة السمعية والطفل عادي السمع من حيث القدرات العقلية العامة ، وجدت فروق في القدرات العقلية العامة بينهما نتيجة الحرمان من المثيرات والخبرات المتاحة ، وأن استجابات الطفل ذي الإعاقة السمعية لاختبارات الذكاء والتي تتفق مع نوع إعاقته لا تختلف عن استجابات الطفل عادي السمع، كما إن لذكاء يلعب دوراً فعالاً في قدرة الإنسان علي التكيف مع إعاقته ، فكلما كان أكثر ذكاء زادت قدرته علي التوافق والتكيف بعكس محدود الذكاء من ذوي الإعاقات ، فتصبح لديهم الحياة أكثر تعقيداً ويزداد شعورهم باليأس وانعدام الثقة ( أحمد يونس

، مصري حنوره: 1991، 121- 125 ؛ محمد عبد المؤمن : 1986 ، 71 – 72 ؛ فاطمة مشهور : 1994 ، 37 ) .

ومن ثم ينحاز " كار فر " Carver ( 1988 ، 71 ) إلى الأصم موضحاً أن الإصابة بالصمم لا تؤثر علي الجانب العقلي لدي الطفل ، إذ إنه لا توجد فروق جوهرية بين الطفل عادي السمع والطفل ذي الإعاقة السمعية في القدرات العقلية ، وتؤكد اختبارات الذكاء أن معظم الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لديهم قدرات عقلية تفوق الأطفال عادي السمع . كما يتفق " أيوجين مندل ، ماكاي فيرنون" ( 1976، 157 – 158 ) في أن ذوى الإعاقة السمعية لديهم جوهرياً نفس التوزيع العام في الذكاء مثل الأطفال السامعين ، كما أنه لا توجد علاقة مباشرة بين الفقدان السمعي والذكاء ، خاصة وإن الإصابة بالإعاقة السمعية لا تتضمن بالضرورة التخلف العقلي ، ولذلك قد نجد أن ثنائية فقدان السمع والغباء ما هي إلا منطق مبتور قائم علي التفكير الخاطئ بأن الإعاقة في الكلام يعني إعاقة في القدرات المعرفية ، أو أن الأخطاء في كتابة الأطفال الصم تنعكس علي ذكائهم تبعاً لذلك ، وهناك رأي آخر يري عدم وجود علاقة في القدرة علي التفكير المجرد في علاقة اللغة بالعمليات الفكرية بين الأطفال الصم والسامعين ، كما إن ذوى الإعاقة السمعية الصم لديهم جوهرياً نفس التوزيع العام في الذكاء مثل الأطفال السامعين ، كما أنه لا توجد علاقة مباشرة بين الفقدان السمعي والذكاء ، خاصة وإن الإصابة بالإعاقة السمعية لا تتضمن بالضرورة التخلف العقلي ، ولذلك قد نجد أن ثنائية فقدان السمع والغباء ما هي إلا منطق مبتور قائم علي التفكير الخاطئ بأن الإعاقة في الكلام يعني إعاقة في القدرات المعرفية ، أو أن الأخطاء في كتابة الأطفال الصم تنعكس علي ذكائهم تبعاً لذلك ، وهناك رأي آخر يري عدم وجود علاقة في القدرة علي التفكير المجرد في علاقة اللغة بالعمليات الفكرية بين الأطفال الصم والسامعين بنسبة ذكاء عادية. ومن ثم فقد يبين " بيترسون " Peterson أن متوسط ذكاء الصم ولأديا 114% ، ونسبة ذكاء الأصم بعامل ( RH ) حوالي 94% والأصم نتيجة لالتهاب السحائي 89% والأصم نتيجة الحصبة الألمانية 95% ولذا يتضح أنه لا توجد علاقة ارتباطيه واضحة بين الصمم والذكاء . أما بالنسبة للتذكر: فيشير " هانز " Hans ( 1973، 76 ) وعبد الحميد يوسف ( 2002، 18). إلى أن ذوى الإعاقة السمعية يتفوقون علي عادي السمع في بعض جوانب التذكر ، كتذكر الشكل ، إلا أن تذكر المتتاليات العددية تكون لصالح الأطفال عادي السمع ، والذين يتفوقون علي الصم في ذلك ، وعلى الرغم من التطور التكنولوجي الهائل في تعليم ذوى الإعاقة السمعية وتنوعها إلا أن هؤلاء الأفراد يعانون من تخلف واضح في التحصيل التعليمي نتيجة عدم النمو اللغوي.

ويشير الباحث : أن فقدان السمع بما يمثله من تعطيل للجهاز السمعي ، يمثل تعطيلاً لجزء من الكل مما قد يؤثر بدورة علي القدرات العقلية لدي الطفل الأصم بعملياتها المختلفة ، وقد يؤدي هذا إلى اضطراب تلك القدرات ، وأن يصبح نموها غير كامل وغير ناضج ، كمرجعية لقصور الإدراك اللحظي البيئي المكتسب من خلال التفاعلات اليومية والمواقف الحياتية المعاشة ، ولذلك قد يوصف ذوى الإعاقة السمعية بسمة المهارة في الحرفة والعقلية ذات الذكاء الحاد كمرجع لإتقانهم ما يؤدونه من حرف .

**رابعا : علاقة الإعاقة السمعية والنمو الانفعالي للطفل ذي الإعاقة السمعية :**

يعيش الطفل ذي الإعاقة السمعية في قلق واضطراب انفعالي بسبب وجوده في عالم صامت خال من الأصوات واللغة ،كما أنه معزول عن الرابطة التي تربطه بالعالم الخارجي ، وهو في ذلك محروم من

معاني الأصوات التي ترمز للحنان والعطف والتقدير ، مما يعمق مشاعر النقص والعجز لديه ، ولذلك يؤكد " جريجوري "Gregory أنه يميل إلى العزلة والهروب من تحمل المسئولية ( سيد مرسي : 1976، 30 ، لطفي بركات : 1978، 13) . ومن ثم يتسم الطفل ذي الإعاقة السمعية بالاضطراب النفسي والانفعالي كمرجع للأنطوائية .

ولذا يشير " ريتشارد ومورتان " ( Morethan & Richard 1980 ، 118 – 119 ) إلى جانب آخر وهو عدم شعور الطفل الأصم خلال مرحلة الطفولة بالحنان أو عطف الأمومة ، ومرجع ذلك إلى أنه لا يسمع صوت أمه بنغماته أثناء عنايتها به ، ولذلك فإن هؤلاء الأطفال يعانون من الإحباط بسبب فقدهم لوسيلة الاتصال المتمثلة في اللغة نتيجة عدم فهم الآخرين لهم . ويحاول الطفل ذي الإعاقة السمعية التعبير عن مشاعره بصدق وأمانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين من الأسباب الرئيسية لتعرضه للقلق والصراع والاضطرابات النفسية ... كما أن قمع التعبير عن المشاعر يعمل علي زيادة النزعات العصبية ، ويؤدي بالطفل ذي الإعاقة السمعية إلى الشعور بالنقص وخيبة الأمل وعدم الشعور بالأمن ، ولذلك فإن لديه عدم اتزان عاطفي بدرجة كبيرة خاصة إذا ما قورن بعادي السمع ، كما أن الأصم أكثر انطواء وعزلة وأقل حباً للسيطرة والإسراف في أحلام اليقظة ، ويتسم ببعض الصلابة والانقباض( كلثوم علي ، سامي سعيد : 1998 ، 311 ؛ عمرو رفعت : 1998، 112 ) . بالإضافة لذلك : يتسم ذوى الإعاقة السمعية بالميل إلى التشكك وأساس ذلك أنهم يرون الآخرين متخاطبين يتكلمون بما لا يسمع ذوى الإعاقة السمعية ، فيظنون أن في الأمر سوءاً يبيت لهم وقد تبدو منهم استجابات عدوانية وفقاً لما يقدرونه من تشكك فيها ، ولذا يميلون للإشباع المباشر لحاجاتهم بمعني أن مطالبهم يجب أن تلبي بسرعة أي سريعة الإشباع ( زينب عبد الرحمن : 1998 ، 32 ) .

ويتضح للباحث : أن الفقد السمعي للأطفال ذوى الإعاقة السمعية قد لا يؤدي إلى عدم التوافق عدم التكيف انفعالياً مع ذواتهم فتفسيراتهم لنظرات الآخرين من العاديين تحمل أبعاداً غير مألوفة ، فهي إما عالية جداً أي مبالغ فيها من الإيجابية أو منخفضة جداً نتيجة للانطواء والاكتئاب المتولد من عدم نجاحهم في فهم الآخرين بسهولة ، وبالتالي يتقهقر نموهم الانفعالي عن المعتاد وبحيث إنه في مرحلتهم العمرية تلك لا يناسب سمات الشخصية التي لدي أقرانهم عادي السمع ، من حيث توقف هذا النمو الانفعالي عند مرحلة معينة ، أي تثبيته وذلك تبعاً لنظرية التحليل النفسي ، ومن ثم يتوقع الطفل حول ذاته وتزداد مساحة الاكتئاب والعزلة لدية.

**خامسا: علاقة الإعاقة السمعية بالنمو الاجتماعي للطفل ذي الإعاقة السمعية :**

يميل الطفل ذي الإعاقة السمعية الانسحاب من المجتمع لذلك فهو غير ناضج اجتماعياً بدرجة كافية ، وذلك بسبب عاهته الحسية ، بالإضافة لوجود مشكلات سلوكية لدية كالعدوان والسرقة والرغبة في التنكيل والكيد للآخرين ... كما أن التكيف الاجتماعي لدية غير واضح المعالم، ومن ثم فإن الطفل ذي الإعاقة السمعية يميل إلى البعد عن الأشخاص عادي السمع نتيجة لفقده الحس الاجتماعي الذي يقربه لهم ، إلا أن ذوى الإعاقة السمعية دون غيرهم من فئات الإعاقة يتميزون بالاختلاط اجتماعياً بأقرانهم الصم ، لأنهم يعتبرون أنفسهم جماعه فرعية من المجتمع ، مما يجعلهم جماعة متماسكة ( محمد عبد المؤمن : 1986 ، 72 ؛ فاروق عبد السلام : 1982 ، 50 ) .

بينما نجد تفوق الأطفال عادي السمع علي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من حيث مظاهر التكيف في مجالات الإحساس بالنقص ، وسوء التكيف الاجتماعي والأسري وأحلام اليقظة ، حيث اتضح أن ذوى الإعاقة السمعية يعانون كثيراً من الشعور بالنقص والدونية وسوء التوافق في محيط الآسرة والمدرسة والبيئة المحلية ( لطفي بركات : 1995 ، 2 ) .

إذ يبين " بيترسون " Peterson أن الطفل ذي الإعاقة السمعية في المدارس المشتركة للصم وعادي السمع معاً يميل إلى أن يلعب مع زميله عادي السمع( عمرو رفعت : 1998، 114 ) .

ولذا يشير " هالموس " Halmos إلي أن انطلاق الأصم لإشباع رغباته وحاجاته دون الالتزام بالمعيار الاجتماعي يؤدي إلى عدم الرضا الاجتماعي عنه وهو ما يصيبه بالإحباط والتوتر ( مراد حكيم ، عمرو رفعت : 1998 ، 85 ). بينما يقرر جميل توفيق ( 1990، 109 ) أن ذوى الإعاقة السمعية يستحيل عليهم فهم لغة الدعابة أو النكتة ، وأنهم لكي يفهموا مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والقيم والعادات والتقاليد لابد لهم من إدراك ذهني كاف .

وتري " ويناند " Wynand ( 1994 ، 4034 – 4035 ) أن الأطفال ذوى الإعاقة السمعية يعانون من الوحدة Loneliness وتنتابهم لذلك مشاعر العزلة التي يعيشون فيها ، وبالتالي تحد الإعاقة السمعية لديهم من الوظائف الاجتماعية . كما أن التعبير عن النفس والاندماج مع الآخرين ، و استمرار هذا التلقي لدي الصم لا يتم إلا من خلال عملية التغذية الرجعية ، وعملية الاتصال هذه هي محور عملية التفاعل الاجتماعي(إيهاب الببلاوي : 1995 ، 28 ). ومن ثم يوصف ذي الإعاقة السمعية بكونه يعيش في عالم الصمت ؛إذ يحتاج أن يلامس العالم من حوله بصورة مناسبة حتى تنضج شخصيته ويزداد تقبله لنفسه والمجتمع من حوله( عبد الحميد يوسف : 2002،18). ولذا يؤدى القصور في قدرهم على الواصل الاجتماعي مع الآخرين إلى الاعتمادية وعدم النضج الاجتماعي لديهم بالإضافة لوجود قصور واضح في مهاراتهم الاجتماعية والميل نحو الانعزالية (عادل عبد الله : 2004، 204).

## ثانياً : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد

### مقدمة :

يحتل اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد اهتماما كبيرا لدي علماء النفس والمتخصصين في العرج النفسي إذ أنه يتعرض لمظاهر السلوك المضطرب وكذلك لارتباطه من ناحية أخرى بصعوبات التعلم ؛إذ أن نسبة شيوع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قد بلغ 10% من الأطفال في المجتمع الأمريكي ، ويشير "كندول"( 2000) Kendall إلى أن تعليم الأطفال مهارات معرفية وسلوكية تساعدهم على الانتباه من خلال مساعدتهم على إدراك التنظيم والترتيب في إطار المنحنى السلوكي(Marit & Aina :1994,282 ؛ عادل عبد الله ،السيد فرحات :2002،311 ). ولذا قد يعد الانتباه من أهم العمليات العقلية التي تؤدي دورا مؤثرا في النمو المعرفي لدي الفرد إذ يساعده علي الآتيان بالسلوكيات الإيجابية والمرغوب فيها الأمر الذي يحقق له التوافق مع المحيط الذي يعيش فيه 0

### مفهوم الانتباه :

يراد بالانتباه في اللغة: الاستيقاظ وهي ضد خامل علي وزن فعل : مثل : نبه الرجل ويعرف في موسوعة علم النفس ( 1986) بأنة قدرة الفرد في التركيز علي المظاهر الدقيقة التي توجد في البيئة أي اختبار الكائن الحي لمثيرات معينة دون غير التحول إلى غيرها من المثيرات( محمد أبي بكر الرازي: 1982، 64؛Banker: 1986,21 , Pettijhon ). ويوصف في معجم علم النفس والتربية : بأنه تابع للإدراك ، وتصفه الموسوعة البريطانية (1984) بأنه عملية تركيز للوعي علي بعض المثيرات أو التركيز علي مثير واحد من تلك المثيرات المقدمة للفرد ( إسماعيل الفقي:1988،33 ؛, 354 Benton& Benton : 1984 )0 ويعرف في معجم علم النفس التحليلي النفسي بأنه تلقي الإحساس بمنبه أو مثير وذلك علي مستوي الحواس أو الإدراك الذهبي (فرج طه و آخرون:1985،65)0 ويعرف بأنه عبارة عن ثورة تركيز يه للشعور علي عمليات حاسية معينة مرجعها للمثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد أو المثيرات الصادرة من داخلة ( أنور الشرقاوي: 1998، 28)0 ويوصف بأنة عملية استبقاء الكائن العضوي لبعض المثيرات التي يستغلها سطحه الحاسي ومن ثم تخزينها في الذاكرة لفترة قليلة حتى حددت عملية الأساس (فؤاد أبو حطب ، أمال صادق:1996،197).

ويلقب بأنة التركيز الواعي للشعور علي للشعور علي منبه واحد فقط وتجاهل المنبهات الأخرى المتواجدة معه ومن ثم يطلق علي ذلك الانتباه المركز أو الانتقائي أو انه توزيع الانتباه علي منبهين أو اكثر ويطلق علي ذلك الانتباه الموزع( السيد علي : 1999،17) .

ويوصف بأنة : تأهب معرفي لاختبار الفرد لعدد من المثيرات أو لمثير واحد من المثيرات الخارجية التي تستجيب لها دون غيرها (أماني زويد: 2002، 39)0

ويعرف الانتباه بكونه قدرة الفرد علي حصر وتركيز حواسه في مثير داخلي ( فكرة إحساس / صورة خيالية ) أو في مثير خارجي ( شي /شخص /موقف) أو هو بأورية شعور الفرد في مثير ما( نبيل حافظ: 1998، 14) . ويشير الباحث: إلى أن الانتباه يتطلب نوعية تركيزية محددة لمنبه أو اكثر ، وذلك من خلال تعدد المثيرات سواء الداخلية أو الخارجية .

**مفهوم اضطراب الانتباه:**

يعرف اضطراب الانتباه بأنة اضطراب في السلوك المعرفي وخاصة الاندفاعية ، ومن ثم يطلق علية عدم القدرة علي التركيز أو انتقاء المثيرات وتزداد هذه الأعراض شدة في المواقف التي تتطلب التحكم الذاتي (Bohline :1985,604 ؛ Banker:1986,21 , Pettijhn ).ويعزى اضطراب الانتباه لمشكلات سلوكية ومرجعة لقصور في مدي ونوعية التحصيل الأكاديمي وكذلك ضعف القدرة علي التعامل مع الأقران ( ابتسام سطيحه :1997،5). ويعرف في الموسوعة الفلسفية بالشذوذ في القدرة علي التوجيه الأولى للذهن إذ يشمل ذلك الشكل التلقائي والإرادي للانتباه( Hnds:1988,327 ). ويعرف بأنه اضطراب يؤثر في الأفراد الذين يجدون نقصا في الانتباه مع نشاط زائد ( جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي : 1988،293) ويعرف بأنة اضطراب سلوكي يظهر في ضعف قدرة الفرد علي التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانة أي انه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة (أماني زويد :2002،46).

ويمكن وضع تعريفات اضطراب الانتباه في فئتين : الأولى : تصف اضطراب الانتباه بكونه يصيب الشخصية من ناحية التفكير أو السلوك أو ضعف القدرة علي التركيز أي أنها اضطرابات سلوكية . ولذا يشير زكريا الشربيني(20،1994)بأنه يتصف بضعف القدرة علي التركيز وانجذاب الطفل لأي مثير خارجي ملهيا عن المثير السابق في فترة لا تتجاوز ثواني مع سرعة الغضب والضحك بعمق والانجذاب لأي شئ يستهويه . وكذلك يصفه " هارت وآخرون " (195،1995) .Hart ,L ,et al بأنه مقدار ما يظهر لدي الطفل من اندفاعية السلوك والاستجابة له وكذلك نقص مقدار الانتباه عند أداء المهام مع عدم بقائه ثابت في مكانه0

و الثانية : تصفه بأنه ناتج عن العجز في المخ عند أدائه لوظائفه أي أنها ظرف مرضي ، ولهذا يشير لطفي عبد الباسط(294،1997)إلى كونه عجز تعليمي وأحد المصطلحات المرادفة لعجز المخ عن أدائه لوظائفه عن الحد الأدنى . ويعرف الباحث اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية بكونه اضطراب عقلي يظهر في صورة سلوكيات ممارسة بطريقة منتظمة وتشخيصات تنطبق على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ؛ إذ يتضح من خلالها غياب أو فقد كلى للتركيز في موضوعات معينة تتطلب ضرورة التركيز بحيث يتسم هؤلاء الأطفال بحالة من التشتت ولذا لا يستطيعون اكتساب مهارة أو تعلم شئ ما دون الانتباه أولا ، بالإضافة لاتسامه بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية ومن ثم تتمثل أعراضه في : نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد –الاندفاعية .

**مراحل الانتباه:**

ينقسم الانتباه لمرحلتين هما :-

**أولا: مرحلة الأساس أو الكشف** : وهي ترادف عملية الإحساس لدي الفرد في المواقف السلوكية المختلفة.

**ثانيا : مرحلة التعرف** : وتشير للقدرة علي التعرف علي نوعية المثيرات السمعية والبصرية في مواقف الانتباه الانتقائي أو الموزع وذلك خلال فترة زمنية محددة ( أنور الشرقاوي:28،1984)0

**العوامل المؤثرة في الانتباه:**

إن عملية حدوث تشتت في الانتباه أو انتقاء المثيرات يتحدد بعدة عوامل منها:-

**أولا : عوامل خارجية** :وتتمثل في :

1- الحركة : إذ أن الأشياء المتحركة تجذب انتباه الفرد.

2-شدة المنبه : إذ أن عملية الانتباه تتوقف علي شدة المنبه كالألوان الزاهية أو لضوضاء أو الروائح النفاذة.

3- الحداثة : أي أن المنبهات الجديدة تجذب انتباه الفرد اكثر من المنبهات المألوفة لدية والقديمة 0

4- إعادة العرض : أي تكرار المنبه اكثر من مرة وقد يؤدي ذلك التكرار إلى إثارة الانتباه 0

5-التباين والتضاد: أي الاختلاف للمنبه وسط مجموعة متشابهة من المنبهات الأخرى كوجود امرأة وسط مجموعة رجال0

6- حجم المنبه: إذ أن المنبه الأكبر حجما يعد اكثر جذبا للانتباه من المنبه الاصغر0

7- تغيير المنبه: إذ أن المنبه المتغير يعد اكثر جذبا للانتباه من نظيرة الثابت0

8-الاعتياد أو التنبيهات الشرطية :وهي تلك التي تكون الاستجابة لها من خلال خبرات تثير الانتباه علي الرغم من كونها محاطة بالضوضاء .

**ثانيا : عوامل داخلية** : وتتمثل في :

1- الدوافع الهامة : مثل دوافع الإنسان وحاجاته ورغباته 0

2-الاستثارة الداخلية ومستوي الحفز: إذ يرتبط الحفز ارتباطا موجبا بالانتباه0

3-الميول المكتسبة : ويشار بها لاهتمامات الفرد وميوله الشخصي لبعض الموضوعات في البيئة المحيطة به أو للأحداث التي تقع حوله0

4- الراحة والتعب: إذ يؤثر نفاد العلاقة الجسمية والعصبية وضعف القدرة علي تركيز الانتباه انهماك الجسم أو الإفراط في استعمال إحدى الحواس0

5-الحاجات العضوية :ويقصد بها الحاجات الفسيولوجية كاضطرابات الأجهزة الجسمية اضطراب الجهاز التنفسي أو الهضمي 0

6- الحاجات النفسية :مثل الاضطرابات النفسية كالقلق والانفعالات0

**ثالثا: عوامل بينية** :Intermediate Factor

1-نوعية المنبه :أي طبيعته من حيث كونه منبه بصري أو سمعي أو شمسي وكذلك كيفيته من حيث كونه في صورة إنسان أو حيوان أو جهاز000

2-نوعية الموضوع : ويقصد به طبيعة موضوع المنبه إذ أن قاريْ الجريدة مثلا يميل إلى الانتباه للنصف الأعلى من صفحة الجريدة عن النصف الأسفل(أماني زويد:16،1996-17)0

## المداخل النظرية المفسرة لاضطراب الانتباه:

### 1-نظرية التحليل النفسي:-

وهي منوطة بتكوين شخصية الفرد والتي يحددها الذات بناء علي تفسيره للمواقف التي يجد نفسه فيها، إذ أن السلوك المشكل في تلك النظرية هو عبارة عن مخزون الطاقة النفسية والدوافع البدائية التي تبحث عن المتعة من خلال الميكانيزمات التي يتحكم فيها العقل( حمدي شاكر : 242،1991) .

ويشير الباحث : إلى كون أن التحليل النفسي يرجع نشأة سلوك الطفل علي الوالدين الذين قد يوجهان سلوكه إلى شيْء بناء وطاقة موجهه بإيجابية ، ومن ثم تحويل كثير من مشاعر الإحباط التي تعتريه إلى تنفيس وتفريغ في شيْ إيجابي إذ أن ألانا قد تكون لدية قاصرة ويتسم ذلك بتلقيه أسلوب خاطئ في التربية أو خبرة مؤلمة ولذا فهناك أهميه للجهاز النفسي وتوازنه لدي الطفل.

### 2- النظرية البيولوجية:-

وترجع النظرية البيولوجية اضطراب الانتباه إلى عوامل وراثية أو بيولوجية نتيجة حدوث خلل في وظائف المخ أو تغييرات أو تسمم في الحمل إذ ينتج عن ذلك عدم اتزان كيميائي حيوي واضطراب في النشاط ووظائف الجهاز العصبي المركزي ومن ثم فان تلك النظرية تستخدم في علاجها العقاقير والجراحة والتمارين لخلايا المخ ، ولهذا تراعي تلك النظرية دور كل من العوامل الوراثية والبيئية والنفسية إذ قد تلعب تلك العوامل دور العامل المهيأ أو الكائن في ظل وجود اضطراب الانتباه لدي الطفل في نشأة سلوكه إذ أن النشاط الفسيولوجي العصبي للطفل قد يتأثر بالعوامل الوراثية وخبرات الطفل(أماني زويد:58،2002 ) .

ومن ثم يشير الباحث : أن الخلل البيولوجي لدى الطفل يقود اتجاهاته السلوكية بل ويمليها عليه فيتجه الطفل تلقائياً نحو الآتيان بسلوكيات غير مرغوبة كمرجع للتغيرات الكيميائية الحادثة في المخ ومن ثم تؤدى لإحداث زيادة في النشاط الكهربائي للمخ ومن ثم تنطلق سلوكيات ذلك الطفل لا إرادياً .

**3- النظرية السلوكية :**

إذ أن اضطراب السلوك ناتج عن ظروف البيئة كمرجع للخبرات السيئة والتي ينتج عنها حالة من الإثارة الانفعالية ويتعلم الطفل الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنموذج المحتذي به والذي يختلط به الطفل أو تلك النماذج التي تتلقى التعزيز والإثابة وأنواع السلوك المرغوب وغير المرغوب ، ولذا فان هذا السلوك المضطرب يعد خطا من الاستجابة الخاطئة المرتبطة بمثيرات منفرة يستخدمها الطفل في تجنب مواقف أخرى غير مرغوب فيها(زينب شقير:11،1999)0 ويتضح للباحث : أن الطفل ابن بيئته وان سلوكياته عبارة عن ردود أفعال للمثيرات والخبرات البيئية التي تعرض لها ومن ثم تظهر استجاباته إما في صورة سلوكيات مضطربة أو في من خلال سلوكيات مرغوبة .

**4- النظرية الاجتماعية :**

تتمحور تلك النظرية حول سلوك الفرد في بيئته ومجاله الاجتماعي ونوعية تفاعله في بيئته والمتغيرات المحيطة به إذ أن ميل الطفل إلى الحركة والعدوان في الفصل المدرسي يتم النظر إليه بصورة متصلة لمعرفة سلوك المحيطين به من أصحابه وزملائه ووالديه ومعلميه ونظام المدرسة ورغباته وإمكانياته العصبية والنفسية ، إذ يتم النظر إلى الوسط المحيط بالطفل وليس للسلوك المشكل لدية وذلك للوصول إلى تفاعل مرضي بين الطفل وبيئته ، واستنادا لذلك فان المشكلات السلوكية منها اضطراب الانتباه التي يعاني منها الطفل مرجعها إلى الظروف البيئية المحيطة به والي العوامل الاجتماعية والنفسية غير المواتية والتي مر بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية سواء كان في البيت أو المدرسة ( حمدي شاكر:242،1991- 243؛ علا عبد الباقي:75،1999). ويتضح للباحث : أن الطفل يكتسب سلوكياته من خلال التعلم الاجتماعي من المحيطين به في إطار مجاله التفاعلي بدء من المحيط الأسرى أولا ( الوالدين – الاخوة – الأقارب – الجيران) ثم من المحيط المدرسي( الزملاء في المدرسة – المعلمين – إدارة المدرسة) ، ولذا يعتمد على التقليد والمحاكاة للسلوكيات التي يشاهدها ، وأيضا الضغوط التي يتعرض لها في هذا المجال المعاش والتفاعلي بالنسبة له .

## أشكال اضطرابات الانتباه:

**1-زيادة الانتباه Hyper-exiaa**

إذ يلاحظ في الفرد الانتباه الشديد لمثير معين بكل تفاصيله وفرط التشتت بالأفكار ويشاهد ذلك في الهوس0

**2-نقص أو قلة الانتباه** Attention Deficit / Inattention

إذ يلاحظ في الفرد ضعف ونقص الانتباه أو انعدامه ويشاهد في ذلك الضعف العقلي والفصام والاكتئاب0

**3-تحول الانتباه (التشتت)** Distractibility

ويلاحظ من تشتت الانتباه وسرعة تحوله من مثير لأخر غير متعلق بالموضوع الأصلي ويطلق علي ذلك : السرحان وهو عدم القدرة علي الاستيعاب في مدة كافية 0

**4-السهب :** Proscenia

وهو فقدان القدرة علي تثبيت الانتباه لمثير معين بذاته حتى ولو وقت قصير علي الرغم من أهمية ذلك المثير 0

**5- الانشغال :** Procubation

ويقصد به أن يتجه الانتباه إلى المثيرات الداخلية دون الخارجية علي حسابها ويشاهد في الاكتئاب (حامد زهران:152،1997)0

## أهميه عملية الانتباه في التربية :

يعد الانتباه العملية الأولى في اكتساب الخبرات التربوية حيث يساعد علي تركيز حواس الطالب فيما يقدم له أثناء الدرس من معلومات ويجعله يعمل ذهنه في دلالتها ومعانيها والروابط المنطقية والواقعية بينها وبالتالي يساعد في استيعابها والإلمام بها ، ومن ثم " فهو المدخل الرئيسي للاستفادة من شرح المعلم وما تقدمه الوسيلة التعليمية المصاحبة فضلا عن التعليمات التي تقدم للطلاب داخل قائمة الدرس وخارجة بالإضافة إلى دور الانتباه الهام في أداء المهام الدراسية والامتحانات والاختبارات بكافة أشكالها .

## المتطلبات التربوية للانتباه:

يتطلب الانتباه بعض الصفات لكي يكون مثمرا ومدخلا للمعرفة أو التعامل مع مثيرات البيئة ، ولذا يتضح ذلك لدي " كيرك و كالفنت" (1988)فيما يلي:

1- **انتقاء المثير** :إذ أنه عادة لا ننتبه لكل المثيرات سواء الداخلية أو في البيئة الخارجية ، وإنما فقط لتلك التي تلفت نظرنا وتثير حواسنا0

2- **مدي استمرارية الانتباه** :إذ يتعين علي الفرد أن ينتبه وقتا كافيا للمثير الذي يجذب اهتمامه حتى يستوعب ويلم بعناصر المفهوم علية 0

3- **نقل الانتباه ومرونته** :إذ أن الشخص السوي هو الذي يستطيع أن ينقل انتباهه بمرونة وسلاسة بين المثيرات المختلفة ومن ثم يدل ذلك علي مرونة التفكير وعدم الجحود مع إمكانية الإضافة والتعديل والابتكار0

4- **الانتباه إلى تسلسل المثيرات المعروضة** :إذ أن الشخص لا ينتبه عاده لمثيرات مفردة و إنما غالبا لعدة مثيرات متتابعة فالطالب أثناء شرح الدرس ينتبه لتسلسل الكلمات التي تخرج من فم المعلم وللعروض المكتوبة علي السبورة حيث يستدعي ذلك استمرار الانتباه لكافة العناصر والمكونات أو المشاهد المتتالية .

## الإطار النفسي والتربوي لتحسين الانتباه:

إذ يقصد به بالوسائل النفسية والتربوية التي يتعين اتباعها لعلاج صعوبات الانتباه مثل:

1- **التعامل مع الطالب كفرد :** له خصائصه الجسمية وقدراته العقلية وسماته الشخصية وظروفك الخاصة والتدريس له بناء علي ذلك0

2- **أن تناسب المواد المطلوب تعلمها قدرات الطالب :** تلك التي تم قياسها وميوله الدراسية التي تم التعرف عليها وسماته الشخصية التي تمت دراستها وظروف البيئة التي تم استكشافها0

3- **التشجيع والتحفيز المستمر :** وذلك عند أداء الطالب للمهام العلاجية والمكافأة بعد حسن قيامة بها0

4- **تدريب الطالب :** وذلك علي مراقبة سلوكه وتقويم بدائه ذاتيا وتشجيعه علي تعديل حتى تتبع الرغبة في التعبير من نفسه فيتفاعل علاجيا مع المتفاعل.

5- **المعالجة الطبية:**إذا اقتضى ذلك تشخيص حالة الطالب (نبيل حافظ :14،1998- 22)0

## خصائص الانتباه:

يتسم الانتباه بعدة خصائص تتضح فيما يلي:

1-**الانتباه عملية أدرا كية مبكرة :** إذ يهتم الإحساس بالمثيرات الخام بينما يهتم الإدراك بأعداء هذه المثيرات تفسيرات ومعاني أما الانتباه فانه يقع في منزلة بين الإحساس والإدراك ولذا يطلق علي الانتباه بأنة عملية أدرا كية مبكرة 0

2-**الإصغاء**: ويعد الخطوة الأولى في عملية تكوين وتنظيم المعلومات حيث انه استكشاف للبيئة المحيطة ويتطلب ذلك من السوء للإصغاء لبعض الأحاديث أو الأفعال وتركيز الانتباه عليها0

3-**التموج:** ويشير إلى كون المثير مصدر البيئة رغم استمرار وجودة ، وقد يتلاشي تأثيره إذا ظهر مثير وخبا ثم يعود المثير الرئيسي للظهور مرة أخرى بانتهاء وجود المثير الدخيل .

4-**التعقب:** ويراد به الانتباه المتصل أي يمر المتقطع لمنبه ما أو التركيز علي تسلسل موجه للفكر عبر فترة زمنية والمستوي المعقد فيه –في القدرة علي التفكير في فكرتين أو اكثر أو نمطين من المنبهات أو اكثر في وقت واحد وعلي نحو متتابع دون الخلط بينهما أو فقدان احدهما0

5-**التذبذب:** وهو يشير إلى أن مستوي شدة المثير مصدر المثير بتذبذب فمثلا نلاحظ تذبذب انتباه الفرد بين الشدة والضعف أثناء متابعته لتعليم سينمائي تبعا لاختلاف قوة أحداث الفيلم0

6-**التركيز** :ويتمثل التركيز في اتجاه الفرد بفاعلية وإيجابية أو اهتمام أي تنبيهات حسية معينة أو إرشادات معينة وإهمال إرشادات أخرى يكون ذلك دائما قصديا وبؤريا ومركز علي منبه واحد من المنبهات التي تقع في مجال أدراك الفرد أو منتشرا بحيث يستطيع الفرد الاحتفاظ بمشاهدة مبعثرة عبر كل شي يحدث حوله آو أن يتخذ الشخص موقفا وسطا0

7-**الاختيار والانتقاء** :إذ أن الفرد لا يستطيع أن ينتبه لجميع المنبهات المتباينة دفعه واحدة ولكنة ينقي ويختار منها ما يناسب حاجاته وحالته النفسية اذو أن الانتباه هو اختيار لأحد أو لبعض المنبهات الحسية من بين المنبهات الأخرى سواء كانت في البيئة الخارجية أو الداخلية 0

8-**عملية الإحاطة**: وهي تتسم بالأساس الحسي والتي قد تكون سمعية أو بصرية وتتمثل في تحركات العينين معا عبر المكان أو الصور التي تواجهها أو في إنصات الأذن لكل ما يصل إليها

من أصوات ومحاولة جمع شتاتها أي أن الإحاطة تعد عملية فسح للعناصر التي توجد بهذا المكان وكذلك للأصوات التي تصدر إليه ( السيد علي ، فائقة بدر :22،1999-40) .

## العوامل المؤدية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد:-

يرجع منشأ اضطراب الانتباه إلى عوامل :وراثية بيولوجية واجتماعية وسيكولوجية ، ونستعرض ذلك في التالي:

**أولا العوامل الوراثية :**

إذ تلعب التعامل الوراثية التي يطلق عليها الاستعداد الجيني Genetic Predisposition دورا هاما في إصابة الأطفال بهذا الاضطراب وذلك بطريقة مباشرة عبر نقل الجنبات أو بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي لتلف أنسجة المخ ومن ثم يؤدي ذلك لضعف النمو كمرجع لاضطراب المراكز العصبية الخاصة بالانتباه في المخ،ومن ثم نجد أن حوالي 50% من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني من هذا الاضطراب أيضا، وان نسبته 10% من آباء الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد كانوا أيضا لديهم نفس الأعراض مما أدى إلى الاعتقاد بوجود انتقال جيني وراثي لزيادة النشاط الحركي ، وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن 50% تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يوجد في أسرهم من يعانى من هذا الاضطراب ، كما نجد أن معدل انتشاره يزيد لدى التوائم وخاصة المتشابهة عنه لدى التوائم غير المتشابهة( Willcutt et al. : 2000, 149 )0

**ثانيا العوامل البيولوجية :**

إذ ترجع تلك العوامل البيولوجية إلى التالي:

**1-خلل وظائف المخ :** إذ أن انتباه الفرد لمنبه معين تتقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهي: التعرف علي مصدر التنبيه وتوجيه الإحساس للمنبه وتركيز الانتباه علية وكل عملية من تلك العمليات الانتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسئول عنها، ولذا فان التعرف علي مصدر التنبيه مركزة العصبي في الفصوص الخلفية للمخ بينما توجيه الانتباه للمنبه مركزة العصبي وسط المخ والتركيز علي المنبه ومركز والعصبي والفص الجبهي الأيمن ، ويخبران نظام التنشيط الشبكي للمخ بعمل علي تنمية القدرة الانتباهية وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه من بين المنبهات الداخلية ، وقد أثبتت الدراسات التشريعية والفسيولوجية العصبية للأفراد والمصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وجود انخفاض للتمثيل الغذائي لجلوكوز المخ في المادة البيضاء الموجودة في الفص الصدغي ،ويتضح ذلك من صور Scanpet لدي الراشدين من ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والذي بدأ لديهم في مرحلة الطفولة ، وكذلك فان استخدام الرنين المغناطيسي MRI لتحديد جوانب الضعف التشريعية قد وجدت دلائل علي نمو شاذ في الفص الجبهي وانقلاب في اللاتناسق في راس النواة الزيلية أو عدم التناسق بين نصفي كرة المخ الأيمن والأيسر لدي الأطفال المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، أما الدراسات الإليكترونية الفسيولوجية Electrophysiologic والخاصة بذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قد وجدت جوانب شذوذ في الكثافة المنخفضة

لموجات آلفا ، أو غياب موجات آلفا جيدة التنظيم أو مقادير صغيرة من موجات" بيتا" ، قد بدأ إدخال التحليل لرسم المخ الكهربيE. E. G. علي الكمبيوتر و أطلق علية التحليل الكمي لرسم المخ الكهربي QEEG إذ وجدت زيادة في نشاط الموجة البطيئة "ثيتا" مع فقدان نشاط الموجة السريعة "بيتا" خلال المهام التي تتطلب التركيز ؛إذ أن هذا النشاط منخفض الموجة اكثر انتشارا في السقف الجبهي Frontal Leads مما أدى إلى تقديم الدعم للدراسات التمثيلية وذلك لدي الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد(حسن مصطفي :2001،240)0

**2- ضعف النمو العقلي:**

إذ يؤثر النمو العقلي علي الكفاءة الانتباهية لدي الأطفال فكلما زاد نمو الطفل زادت كفاءته الانتباهية وتحسنت أما إذا كان هناك صعوبات في نموه العقلي فان ذلك يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الانتباه، وقد ينشأ نقص الانتباه نتيجة كمرجع لنقص ذكاء الطفل حيث يؤثر النمو العقلي والمعرفي للطفل علي مستوي الانتباه لديه 0

**3-الخلل الكيميائي في الناقلات العصبية :**

وتوصف الناقلات العصبية بأنها عبارة عن قواعد كيميائية تعمل علي نقل الإرشادات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ باختلاف التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية يؤدي لاضطراب ميكانيزم الانتباه ولذا فان العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الأطباء مثل :الدوبامين "Dopamine وال"نوابينفرين " Nor Epinephrine يعمل علي إعادة التوازن الكيميائي لهذه الناقلات العصبية ومن ثم علاج اضطراب الانتباه0 ولذا يطلق على ذلك اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية

**4-نظام التنظيم الشبكي لوظائف المخ :**

إذ أن شبكة المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جزع المخ حتى المخيخ وهي تعمل علي تنمية القدرة الانتباهية لدي الفرد ،وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسي وانتقائه بين المنبهات الداخلية ،كما تعمل علي رفع مستوي الحذر من المخاطر وعندما يحتل نظام التنشيط الشبكي للمخ يؤدي ذلك لاختلاف وظائفه (السيد علي، فائقة بدر :1999،36-39؛Tucker , D. & Williamson, P. : 1984, 195-190 )0

**ثالثا: العوامل البيئية :**

يبدأ اثر العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب حيث يتضح ذلك فيما يلي:

**1-مرحلة الحمل**:إذ قد تتعرض الأم في أثناء الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر علي الجنين كالتعرض لقدر كبير من الأشعة أو تناول المخدرات أو الكحوليات أو بعض العقاقير الطبية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل إن إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية أو الحديدي أو السعال الديكي أو الزهري ولذا يؤدي ذلك لإصابة الجنين بتلف في المخ ومن ثم تلف المراكز العصبية المسئولة عن العمليات الانتباهية.

**2- مرحلة الولادة**:إذ آن هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة من شأنها أن تسبب إصابة مخ الجنين آو حدوث تلف في خلاياه واهم تلك العوامل :

**1-ضغط الجفت** : وذلك علي راس الجنين أثناء عملية الولادة المتعسرة .

**2-التفاف الحبل السري** : أثناء عملية الولادة وعدم وصول الأكسجين لمخ الجنين 0

**3-إصابة مخ الجنين أو جمجمته** : وذلك أثناء عملية الولادة0

**4- الأمـراض المعديــة:**إذ أن تعرض الطفل لأيـة عـدوي ميكروبيـة أو فيروسـية : كـالحمي الشـوكية أو الالتهاب السحائي أو الحصبة الألمانية أو الحمي القرمزية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في المخ والمسئولة عن الانتباه خاصة الفص الجبهي وكذلك الفصوص الخلفية للمخ0

**5-الحـوادث:** إذ أن إصـابة مخ الجنين بعد الولادة وفي سنوات الطفولة المبكرة بارتجاج في المخ نتيجة حادث أو ارتطام الرأس بأشياء جبلية أو وقوع الطفل علي رأسه من أماكن مرتفعة تؤدي لإصابة بعض المراكز العصبية في المخ وخاصة تلك المسئول عن الانتباه والتركيز.

**6- التسمم بالتو كسينات:**إذ آن التو كسينات عديدة تؤدي لخلل الأداء الوظيفي للمخ وتؤدي في نهاية الأمر باضطراب الانتباه ومن أمثلة ذلك : التسمم بمادة الرصاص: وهي تلك التي تدخل في طـلاء لعـب الأطفـال الخشـبية وطـلاء أقـلام الرصـاص وغيرهـا، مسـتويات مصـل الزنـك المنخفضة لدي الأطفال: إذ أن مستويات الزنك الشعرية تعد عاملا منبئا باستجابة لمثير0

**6- نظام التغذية:**

إذ أن تنـاول الطفـل لكميـات كبيـرة مـن الأطعمـة الجـاهزة أو الخضـراوات والفاكهـة الملونـة المبيدان الحشرية وكذلك الصبغات والمواد الحافظة المضافة للمواد الغذائية المجهزة ،وتبادل الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكر والإضافات الغذائية الصناعية كمحسنات الطعام الصـناعية والشـكولاته مـن شـانه أن يـؤدى لزيـادة النشـاط نقـص الانتبـاه لـدى الأطفـال(حسـن مصطفي:244،2001).

**رابعا: العوامل الاجتماعية :**

**1- سوء المعاملة الو الدية :**

إذ أن أسـاليب المعاملـة الـو الديـة الخاطئـة والتـي تتسـم بـالرفض الصـريح أو المقنـع أو الحمايـة الزائدة أو الإهمال أو العقاب البدني أو النفسي والحرمان العاطفي من الوالدين من شأنه إذ يصيب الأطفال باضطراب الانتباه 0

**2- عدم الاستقرار داخل الأسرة:**

إذ أن الأسرة غير مستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية وكذلك عدم التوافق الزواجي وسوء الانسجام الأسرى، أو إدمان أحد الوالدين أو سفر أحدهما أو وفاته ، ويترتب عنة ميول الطفل للإثارة وعدم التركيز0

**3- خبرة دخول المدرسة:**

إذ انه قد تكون البيئة المدرسية الجديدة معقدة بالنسبة للطفل مقارنة بالبيئة الأسرية المنزلية بل قد تمثل عبئا جديدا علي الطفل ،وتسهم الخبرات المدرسية بشكل فعال في نشأة هذه الاضطرابات من ناحية اضطراب علاقة الطفل بمدرسية الأمر الذي يؤدي لضعف ثقته بنفسه وشعوره بالخوف والفشل وتكراره( محمود حموده : 1991 ,205 ؛ أحمد عبد الرحمن :31،1986 ؛ Howard & Orlansky :1992,216 ؛ السيد علي ، فائقة بدر :43،1991؛ عادل غنايم :2001، 60).

**خامسا: العوامل النفسية :**

إذ توجد ببعض السمات النفسية التي تسهم في نشأة اضطراب الانتباه لدي الأطفال وبصفة خاصة في المرحلة الابتدائية ومرجع ذلك لبعض الصراعات النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال إذ أن الدوافع والنزاعات غير المرغوب فيها تعبر عن نفسها من خلال الانحرافات السلوكية في صورة سلوك غير مرغوب فيه وذلك مرجعة لحالة الصراع النفسي التي يعاني منها ذلك الطفل(عبد السلام عبد الغفار ، يوسف الشيخ : 232،1985)0

**بداية ظهور الاضطراب :-**

تمثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد حالة سائدة لدي الأطفال بصفة خاصة والمراهقين بصفة عامة لدرجة اجتذبت اهتمام المتخصصين ويرجع تاريخ وصف هذا الاضطراب إلى ما يزيد علي مائة عام منذ نشوب الحرب العالمية الأولى لوحظ معاناة الراشدون من النتائج التابعة لالتهاب الدماغ أجهزوا أعراضا لمرض " باركنسون " إذ اظهر الأطفال الذين يعانون من نفس الاضطرابات عرضا سلوكيا للنشاط الحركي الزائدة ولزواجه وان هناك ارتباطا بين المرض المخي وحالات الشذوذ المرضية السلوكية 0 ويبدأ ظهور هذا الاضطراب في سن ثلاث سنوات ويتمثل الطفل للعلاج عندما يلتحق الطفل بالمدرسة الابتدائية ويصل الاضطراب قمته في الظهور في سن فيما يدرسن الثامنة والعاشرة وقد تختفي أعراض مع البلوغ.ويشير الإصدار الرابع للدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM IV ( 1994 )إلى أن أعراض الانتباه تظهر من خلال ملاحظة المدرسين والأباء لهؤلاء الأطفال مضطربي الانتباه( حسن مصطفي : 229،2001؛ محمود حموده :198،1991؛ Gerald Davison:1994,43).

**معدل الانتشار:**

يعد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأنواعه الإكلينيكية من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال إذ يتراوح معدل انتشاره ما بين 4-20% من أطفال المدارس الابتدائية وذلك في سن 6-12 سنة ، وذكر تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية أن نسبة هذا الاضطراب تصل إلى 10% تقريبا من أطفال العالم كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح ما بين 4-6% 0 كما أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV أن هذا الاضطراب اكثر شيوعا بين الأولاد عنه بين البنات بنسب تتراوح من (4-1) إلى (9-1) 0وقد تصل النسبة إلى 40% من تلاميذ التعليم الأساسي بل من صعوبات التعلم نتيجة عدم القدرة علي تركيز الانتباه والنشاط الحركي الزائد والنزق ( الاندفاعية)وما يتبعها من قصور في التحصيل الدراسي والرغبة والحماس في إنجاز الواجبات المدرسية ،ونسبة تتراوح ما بين 3-10%من التلاميذ الذين هم يعانون من إعاقة قصور القدرة علي التركيز والانتباه السوي غالبا ما يصاحبها الحركة والنشاط الزائد والنزق (محمود حموده :28،1991؛ عثمان فراج :2،1998؛ السيد علي ، فائقة بدر :36،1999)0

وغالبا ما تبدأ تلك أعراض هذا الاضطراب في مراحل مبكرة من حياة الطفل حيث يسير الطفل في مراحل تطور نموه وتطور قدراته بنفس السرعة التي ينمو بها الطفل السليم، والمعروف أن نمو القدرة علي

التركيز والانتباه يسير في مراحل ثلاث يكتشف القصور فيها عند التحاق الطفل بالمدرسة حيث تتطلب الأنشطة التعليمية والتحصيل الدراسي .

وتتضح مراحل ذلك الاضطراب الثلاث فيما يلي :

**المرحلة الأولى :**

ويتمثل ظهورها في ملاحظة وتركيز نظرا لانتباه الطفل في أواخر الشهر الأول من عمرة علي شيْ مثير واحد في البيئة المحيطة لمدة طويلة وقد يكون هذا الشيء الذي يجذب انتباهه : مصدر ضوء قريب إلى لعبة أو ملابس أمه أو شيء معلق علي الحائط ويطلق علماء النفس علي تلك الفترة مرحلة التركيز الخاص Overly Exclusive .

**المرحلة الثانية:**

وينتقل النظر وانتباه وتركيز الطفل بالتبادل وبسرعة من شيء أو مثير إلى أخر أو من لعبة لأخرى دون أن يتوقف انتباهه طويلا علي شيء واحد لفترة طويلة، فإذا ما توقف نحو القدرة علي التركيز علي هذه المرحلة بمعني عدم انتقاله إلى المرحلة الثانية فان ذلك يعد مؤشرا أوليا علي إعاقة عدم القدرة علي التركيز والنشاط الحركي الزائد وتسمي تلك المرحلة مرحلة التركيز الشامل أو العام Overly Inclusive.

**المرحلة الثالثة:**

ويصل الطفل في نضجه خلال تلك المرحلة إلى مرحلة القدرة باختباره أي التنقل من الاهتمام وتركيز انتباهه من شيء أو مثير إلى آخر إذ يصبح قادرا علي توجيه اهتمامه وتركيزه إلى المثير الذي يتطلب شدة الانتباه ( عثمان فراج:3،1998)0

## التدخل العلاجي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد :

**أولا: العلاج الطبي:**

**أ- علاج خلل التوازن الكيميائي للموصلات العصبية :**

ويعتمد ذلك علي إعادة التوازن الهرموني لخلايا المخ بتنشيط إفراز الخلايا العصبية لأحد الموصلات العصبية Neurotransmitter وهو معروف باسم نوربنيفرين Norepinephrene ويؤدي نقصه إلى قصور أو توقف في نقل الإشارات العصبية (أو خلل في حركة الدوائر العصبية )سواء من البيئة الخارجية عن طريق الحواس إلى المخ أو من خلال المخ إلى أعضاء الجسم، وتعمل العقاقير الطبية تنشيط إفراز الموصلات العصبية ومن ثم إعادة الحيوية إلى الدوائر العصبية وتنشيط استجابتها للمنبهات العصبية0

**ب-علاج القصور الوظيفي للآذن الداخلية Cerebral Vestibule :**

إذ أن خلل الآذن الداخلية والدائرة العصبية الموصلة بينها وبين المخيخ والمراكز العصبية علي لحاء المخ هو تنظيم معروف باسم (.C. V) Cerebral Vestibule والذي لا تقتصر وظيفته علي الإحساس بالسمع فقط بل له علاقة وثيقة بتوازن الجسم بالحركات الدقيقة لمقلة العين وقدرتها علي التركيز علي المرئيات سواء كانت هذه الحركة إرادية أو منعكسة Relaxes ويتم ذلك عن طريق:-

**1–فحص وقياس قوة السمع:– Ideological Testing :**

وذلك لمعرفة مدي وجود أو غياب نواحي قصور في الآذن الوسطي عن طريق قيام الضغط فيها والأداء الوظيفي لمكوناتها الداخلية (العظميات الثلاث) ودرجة مرونة سلامة طبلة الآذن، وقدرة الفرد علي التمييز بين درجات شدة الصوت والانتقال من نغمة أو مقال إلى آخر باستخدام Audiometer .

**2–الفحص العصبي: Neurological Testing :**

ويتكون من عدد من الفحوص والاختبارات المقننة لقياس سلامة الآذن الداخلية والوصلة العصبية بينها وبين المخيخ (70–2)وغير ذلك من وظائف الجهاز العصبي المركزي 0

**3–اختبارات فسيولوجية عصبية ( E NG) Electron Stagmography :**

والذي يقوم بفحص حركة مقلة العين وذلك تحت ظروف ومثيرات معينة والذي يتحكم فيها المخيخ وتنظيم الآذن الداخلية Vestibule System وذلك لقياس مدي سلامة الآذن الداخلية وهذا التنظيم 0

**4–فحص سلامة نظم التوازن والتآزر العصبي Posturography :**

وذلك للكشف عن حالات الدوخة وخلل الاتزان والدوار والذي نتيجته قد تكون راجعة لأصابه في الأذن الوسطي أو الداخلية أو في الوصلة العصبية وغيرها0

**5–فحوص بصرية Optokinetie- Testes :**

إذ أن الأذن الداخلية تتحكم في قدرة العين علي الحركة المتابعة وحركة المرئيات أو تثبيت النظر لفحص أحد المرئيات الدقيقة وبالتالي أي خلل في الأذن الداخلية يؤدي إلى اضطراب في حركة مقلة العين وعدم القدرة علي متابعة وفحص المرئيات ، ولذا يتطلب هذا الأمر أحيانا استخدام اختبار رسوم أو تشكيلات بالكمبيوتر Gestalt – Good enough Blender لاستكمال فحص الخلل في الأذن الداخلية والوصلة العصبية بينهما وبين المخيخ0

**ثانيا: دور التغذية (العلاج بالتغذية ) :**

إذ انتشرت بعض المنتجات التجارية لمواد غذائية تدعي أنها تعالج إعاقة A.. D. H. D. وفيما يلي نصائح يجب اتباعها مع الطفل مضطرب الانتباه خاصة بالتغذية :

1–الإقلال مع تعاطي الحلويات والمواد السكرية 0

2–أهمية التغذية السليمة المتكاملة والتي تؤدي لتحقيق النمو الطبيعي للطفل0

**ثالثا : العلاج النفسي :**

إن أساليب العلاج النفسي قد حققت أهدافها في علاج حالات نقص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مثل طرق العلاج النفسي الحديثة :كالمناهج السلوكية: Therapy Behavior وتعديل السلوك والعلاج المعرفي والذي طوره Aaron Beckأو العلاج بالاسترخاءTherapy Relaxation ، والتي تعطي نتائج باهرة النجاح في علاج أعراض هذا الاضطراب إذ أن تدريبات تعديلات السلوك تساعد علي اكتساب ثقة الطفل بنفسه وتحسين نظرته لذاته وارتفاع مستوي تقدير الذات Self-Esteem لدية وبناء مفهوم إيجابي للذات (عثمان فراج :13،1998–15)0ويشتمل العلاج النفسي على التالي :

**أ– العلاج السلوكي :**

ويعد العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال إذ يقوم هذا الأسلوب علي نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدي الطفل وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة وذلك من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية مع استخدام التعزيز الإيجابي بمكافأة الطفل بعد قيامة بالسلوك الصحيح وذلك ماديا كإعطائه بعض النقود أو قطعة حلوي أو معنويا بتقبيل الطفل أو مداعبته برقه أو حتى بعبارات شكر (السيد علي ، فائقة بدر :86،1999)0

**ب- العلاج التربوي:**

إن الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بعض لتري بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب الذي يشتت انتباههم ويضعف قدراتهم متابعة التعليمات وعدم قدرة علي الإنصات فضلا علي اتسامه بالاندفاعية ولذا فهم في حاجة إلى استراتيجيات تربوية تعتمد علي :جذب الانتباه والتفاعل الإيجابي من المعلم مع المتعلم ، وفحص العلاقة الاجتماعية مع أقرانه ، وفحص تقدير الذات لدي هؤلاء الأطفال .

**الشروط الواجب توافرها في العلاج التربوي**

1-حسن اختبار المعلم الذي سيقوم بالتدريس لهؤلاء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه .

2-تدريب المعلم علي كيفية التدريس لهم.

3-وضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها كل أعضاء التربية مع قيام كل عضو بدورة المنوط به في الخطة العلاجية0

4- تكوين فريق عمل بالمدرسة للاشتراك في الخطة العلاجية مثل المدير الأخصائي النفسي والاجتماعي والزائرة الصحية أو الممرضة والمعلم0

5-أيجاد حلقة اتصال وتعاون بين المدرسة والمنزل وذلك أثناء تنفيذ الخطة العلاجية للطفل ذي اضطراب الانتباه0

6-إبلاغ اسر هؤلاء الأطفال تطبيق اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والذي يعاني منه أطفالهم .

**جـ -العلاج الأسرى:**

إذ تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه كالاندفاع والعناد والعدوانية ونوبات الغضب الشديد وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول اجتماعيا ولذا تسهم تلك الاضطرابات السلوكية في اضطراب علاقة الطفل المحيطة به مما يجعله غير قادر علي التكيف الاجتماعي مع البيئة الاجتماعية المحيطة به، ولذا فان دور العلاج الأسرى الأساسي هو تعديل البيئة المنزلية لذلك الطفل بهدف ملائمة العلاج لهذا النوع من الاضطرابات ويتم ذلك بتدريب الوالدين علي كيفية تعديل السلوك المشكل لدي طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل ( Kelly , D. P.& Edward , G. P. : 1992 , 487 ؛ السيد علي ، فائقة بدر :88،1999- 95)0

**أعراض اضطراب الانتباه لدي الأطفال في عمر المدرسة:**

**1-الانتباه القصير المدى:**

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لا يستطيع تركيز انتباهه علي أي منبه اكثر من بضعة ثوان متتالية ثم ينقطع انتباهه عن هذا المنبه، ولذا ينتقل هذا الطفل بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة 0ولذا يتم تشبيهه بكونه مثل الطلقات النارية 0

**2-سهولة تشتت الانتباه:**

إذ يتشتت انتباه ذلك الطفل بسهولة حيث انه يصعب علية تركيز انتباهه علي منبه معين وتجاهل ما يحدث حوله في البيئة المحيطة به ولذا فهو يحول انتباهه دائما تجاه الحركة التي تقع في مجال إدراكه لكي يكتشف ما حوله0

**3-ضعف القدرة علي التفكير :**

إذ أن تشتت انتباه الطفل بسهوله يؤدي لمعاناته من ضعف القدرة علي الإنصات ولذا فان المعلومات التي يكتسبها تكون مهمته وغير واضحة وغير مترابطة مما يؤدي إلى ضعف قدراته علي التفكير0

**4-عدم قدرة الطفل علي إنهاء العمل الذي يقوم به:**

ونظرا لان الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات الداخلية العارضة بعيدا عن المنبه الرئيسي ويتسم بان لدية قدرة ضعيفة علي التفكير ولذا فانه يستغرق وقتا طويلا في عملية التفكير وهذا بدورة يؤدي إلى تأخر استجابته ولذا فأنة لا يستطيع إنهاء العمل الذي يقوم به بدون تدخل ومساعدة من الاخرين0

**5-ضعف القدرة علي الإنصات:**

إذ أن ذلك الطفل لديه ضعف في القدرة علي الإنصات ولذا فأنة يبدو وكأنه لا يسمع ومن ثم لا يستطيع فهم المعلومات التي يسمعها كاملة ولكن ويترتب علي ذلك أن تكون معلوماته مشوشة وغير واضحة ولذا يؤدي ذلك إلى ضعف قدره علي التفكير0

**6-تأخر الاستجابة:**

إذ أن العمليات العقلية التي تقوم بمعالجة المعلومات بطيئة صورا لدي هذا الطفل ولذا لا تسعفه قدراته العقلية علي استدعاء المعلومات سابقة التخزين والتي يحتاجها من الذاكرة بعيدة المدى ولذا يستغرق وقتا طويلا في عملية التفكير وهذا بدوره يؤدي لتأخر استجابته 0

**7-لوم الآخرين:**

إذ أن ذلك الطفل لا يعترف بأخطائه لكي يتعلم منها ويتجنبها و إنما يبرئ نفسه دائما ويلقي باللوم علي الاخرين0

**8- السلوك الاجتماعي:**

ونجد أن ذلك الطفل لا يتمسك بانتقالية والنظم المعمول بها، ولذا فانه لا يهتم بالسلوك الاجتماعي المقبول الذي يرتضيه الآخرون بل يقوم ببعض السلوكيات الشاذة التي تؤدي لاشمئزازهم منه

**9- ضعف القدرة علي التحدث :**

إذ أن ذلك الطفل عند الحديث عن واقعة مما أو سرد قصة نجده لا يستطيع تقديم معلومات يتحدث عنها بصورة منطقية وتسلسل بالإضافة لأنه لا يستطيع وصف الأشياء وينسي الاسماء0

**10-التعليقات الشفهية :**

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه نجدة يقوم بالتعليقات الشفهية علي الكلام الذي يسمعه إذ انه يردد بعض مقاطعة أو يحول الكلام الأسئلة باستخدام نفس الكلام بصيغة استفهامية 0

**11-أحلام اليقظة :**

إلا انه عند النظر في عيون ذلك الطفل نجد انه يبدو وكأنه يعيش في عالم آخر حيث يستغرق في أحلام اليقظة بالنظرات البيئة المحيطة به ويبدو وكانة يحلم أو كمين في النجوم0

**12-التردد:**

كما أن ذلك الطفل كثير التردد عند اتخاذ أي قرار حتى ولو كان بسيطا ويزداد هذا التردد في القرارات التي بها اختبار حيث يشك في اختياره ويستهلك وقتا طويلا في إنجاز هذا العمل في الزمن المحدد لذلك0

**13-عدم القناعة :**

و يتسم ذلك الطفل بشدة الطمع حيث لا يقتنع بنصيبيه أو ما يخصه ولذا فأنة يريد أن يأخذ كل الأشياء التي يراها مع أقران 0

**14-التصديق المستمر:**

إذ أن ذلك الطفل يصدق كل ما يقال له ولا يستطيع التفريق بين الحديث الجاد والمزاج والحقيقة والخيال ولذا فان استجاباته دائما تتسم بالشدة والانفعال خاصة عند اكتشافه أن ما يقال غير حقيقي0

**15-عدم الثبات الانفعالي:**

كما أن ذلك الطفل غير ناضج انفعاليا ولذا فانه متغلب الانفعالات فنجدة معتدل المزاج وفجأة ينفجر في ثورة من الغضب يصاحبها بقاء حار بدموع غزيرة ويقوم بتحطيم الأشياء التي تقع في متناول يده 0

**16-الاندفاع:**

والاندفاع سمة أساسية لدي ذلك الطفل فنجدة كثير المقاطعة للآخرين كما انه يجيب بدون تفكير عن الأسئلة قبل استكماله ويريد أن تجاب مطالبة في الحال ،ويرفض انتظار دورة في اللعب أو غيرة مع أطفال آخرين بالإضافة لانتقاله سريعا من نشاط أو عمل لأخر قبل أن ينهه ، وكذا يقوم ببعض الأفعال التي تعارض حياته للخطر كالقفز من أماكن مرتفعة أو الجري في شارع مزدحم بالسيارات0

**17-النشاط الحركي الزائد:**

ويعتبر النشاط الحركي الزائد من أنواع الإعاقة التي تسبب للسرة مشكلة في تعليم الأبناء وبصفة خاصة في المراحل الأولية للتعليم إذ يؤثر هذا النشاط الزائد على تواصل الطفل مع أقران، إذ يتسم الطفل بكثرة حركته البدنية بدون سبب أو هدف إلى انه يترك مقعدة ويتجول في المكان الذي يوجد به ذهابا وإيابا بدون سبب بالإضافة لكونه كثير الحركة والتململ أثناء جلوسه في مقعدة ودائما يتلوي بيديه ورجليه كما يحدث ضوضاء تزعج الآخرين مثل ضرب جوانب منضدته برجليه أو يلقي بكتبه علي الأرض(السيد علي ، فائقة بدر :49،1999-55؛ Fenigstein, A .P. & Carver ,193-202;؛ جيهان يوسف :2002أ ,78) .

**الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد:**

إذ أن هناك بعض الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه وتتضح من خلال التالي :

**أولا:عدم القدرة علي التوافق الاجتماعي :**

إذ أن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يكون مندفعا وعدوانيا وعنيدا ويرفض اتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين وتلك المتبعة في نشاط معين مع اتسام سلوكه بالتدخل في أنشطة الآخرين وأحاديثهم وكذلك القيام بالسلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي الغير دون أن يضع في اعتباره مشاعرهم ولذا يشعر المحيطون به بالاستياء منه سواء في المنزل أو في المدرسة وغيرها ومن ثم يسوء توافق الطفل الاجتماعي لمرجعية لرفض المحيطين به له نتيجة لسلوكه (حسن مصطفي:237،2001)0

**ثانيا: الاضطرابات الانفعالية :**

إذ أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يتلازم كثيرا لدي الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة:القلق والاكتئاب، كما أن السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة النشاط الحركي الزائد والاندفاعية واللذان يؤديان إلى رفضهم اجتماعيا من الأقران ويؤدي هذا الرفض الاجتماعي إلى عزلتهم وشعورهم بالوحدة النفسية (Biederman et al.: 1991 , 564 ; Nussbaum et al. : 1988 , 29) .

**ثالثا: الاضطرابات السلوكية :**

وتنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه خاصة السلوك العدواني حيث يؤدي هذا السلوك المشكل لديهم إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين ولذا فانهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم .

**رابعا:اضطرابات النوم:**

وتزداد اضطرابات النوم بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق والذي يؤثر علي الكفاءة الانتباهية ولذا يتسم هؤلاء الأطفال بأنهم كثيرو الحركة والتغلب أثناء النوم ولذا تم تشبيه فراشهم بجلبة المصارعة .

**خامسا :التأخر الدراسي:**

إن التأخر الدراسي يرتبط بالضعف المعرفي واضطرابات الانتباه وذلك للتالي:

1-**ضعف القدرة علي الفهم** : وذلك للمعلومات التي يستقبلها الطفل سواء كانت شفهية أو مكتوبة 0

2-**الاستجابة الخاطئة** : إذ يعاني الطفل المضطرب انتباهيا من ضعف القدرة علي التركيز واستدعاء المعلومات الضرورية لفهم المقروء أو المسائل الرياضية 0

3-**كثرة النسيان** : وهي سمة من سمات ضعف الانتباه0

4-**الكتابة الرديئة** : إذ أن كتابة الطفل ذي اضطراب الانتباه تكون مليئة الأخطاء اللغوية 0

5- **ضعف القدرة علي التفكير**: إذ أن تفكير الطفل غير المترابط يجعله يستغرق في موضوعات هامشية بعيدة عن العمل الذي يراد التركيز فيه 0

**6-شروط الذهن**: فذلك الطفل يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات الداخلية البعيدة عن المنبه الرئيسي في العملية التعليمية ولذا لا يستطيع الفهم ولا كمال العمل الذي يقوم به0

**7-تجنب الموقف التعليمي:** وذلك بالابتعاد عنة إذ انه يحتاج إلى جهد عقلي وتركيز انتباه ولذا تكثر شكواه من :الصداع أو آلم البطن ويخرج من الفصل ويتباطأ في الرجوع للفصل 0

**سادسا صعوبات التعلم:**

إذ تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إذا معظم تلك الصعوبات التعليمية ترجع إلى عدم قدرتهم علي القراءة الشاملة للمادة المقروءة ويقفزون من جملة إلى جملة ومن فقرة إلى أخرى تاركين بعض السطور والفقرات بدون قراءة ولذا فانهم غير قادرين علي تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية مسلسلة (السيد علي ، فائقة بدر :61،1999-79; Ball et al.: 1997 , 389).

## تصنيف الانتباه :

تم تصنيف الانتباه تبعا للتالي:

**أولا: من حيث موقع المثيرات:**

إذ يشير " فنجستن وكار فر" ( 1978) &Feingestein Carver إلى أن الانتباه ينقسم من حيث موقع المثيرات إلى :

**1-الانتباه إلى الذات** :ويقصد به تركيز الانتباه علي مثيرات داخلية صادرة من أحشاء الفرد وعضلاته ومفاصلة وخواطر ذهنه وأفكاره 0

**2-الانتباه إلى البيئة** :ويراد به تركيز الانتباه علي مثيرات في البيئة الخارجية بعيدا عن ذات الفرد مثل المثيرات الاجتماعية والمثيرات الحسية المختلفة سواء كانت سمعية أو شمسية أو بصرية أو تذوقية اولمسيه0

**ثانيا : من حيث طبيعة المنبهات:**

إذ ينقسم الانتباه إلى:

**1- الانتباه الإرادي** : ويحدث ذلك النوع من الانتباه وعندما يتم توجيه الانتباه إلى شيء محدد ويتطلب ذلك مجهودا ذهنيا من الفرد مع وجود واقع قوي لدية يدفعه لاستمرار بذل الجهد الذهني0

**2- الانتباه اللاإرادي**:ويحدث ذلك النوع من الانتباه عندما تفرض بعض المنبهات الداخلية أو الخارجية ذاتها علي الشخص كسماع صوت انفجار عال ولا يتطلب هذا النوع مجهودا ذهنيا لان المنبه يفرض نفسه علي الفرد ويرغمه علي اختبار والتركيز علية دون سواء من المنبهات الأخرى.

3- **الانتباه الاعتيادي( التلقائي ):** ويراد به التركيز المعتاد والتلقائي لوعي الفرد علي مثير ما أو عدة مثيرات وهذا النوع لا يتطلب جهدا من الفرد لأنه لا ينتبه إلى الأشياء التي اعتاد من قبل علي الاهتمام بها وتتفق مع ميوله واهتماماته( السيد علي ، فائقة بدر:19،1999-21).

**ثالثا: من حيث عدد المثيرات:**

وينقسم الانتباه من حيث عدد المثيرات إلى صنفين كما يلي:

**1-الانتباه لمثير واحد:** ويراد به انتقاء الفرد لمثير واحد وتركيز الانتباه علية مثل انتقاء مثير بصري له مواصفات محدودة وإهمال المثيرات الأخرى التي تقع معه في المجال البصري للفرد0

2- **الانتباه لا كثر من مثير:** ويتطلب ذلك النوع سعه أتباهيه عالية حيث يقوم بتركيز انتباهه علي اكثر من مثير في المجال البصري أو السمعي أو كليهما معا مثل السائق الذي يقوم بسيارته ويستمع لبرنامج معين في الراديو وهذا النوع يتطلب جهدا عقليا حتى يستطيع الفرد الاحتفاظ بتنبه هذه المثيرات( Peter D. et al: 1989,193- 202; Carver,C. S. & Fenigstein,A..:1978, 1241).

**رابعا : تصنيف الطب النفسي:**

وقد وضعت جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM III (1980)نمطين من أنماط اضطراب الانتباه هما:

1-اضطراب الانتباه المصحوب النشاط الحركي الزائد .

2-اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

ثم جاء الإصدار الرابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM IV (1994) وتضمن تصنيف هذا الانتباه فيما يلي:

1-نمط نقص الانتباه (عجز الانتباه)

2-نمط النشاط الزائد والاندفاعية.

3- النمط المشترك(نقص الانتباه والنشاط الزائد)0

وتشير محكات D SM IV إلى أن الأعراض لابد وان تكون في موقعين أو اكثر وان تظهر كذلك تلك الأعراض في كل من المواقف المنزلية والمدرسية شرط أن تظهر كل الأعراض علي الأقل لمدة ستة اشهر0

## أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد :

**أولا: نقص الانتباه :** Inattention Or Attention Deficit

ويشار به لسهولة تشتت الانتباه DISTRACK وضعفه إذ أن الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز علي نشاط معين يقوم به ونجاح المثيرات الخارجية في جذب انتباهه بعيدا عن هذا النشاط والافتقاد إلى المثابرة علي إكمال العمل المكلف به، كما أن سرعة القابلين لتشتت الانتباه لديه هي سمة سلوكية مميزة يتسم بها الطفل غير القادر علي منع نفسه من الاستجابة للمثيرات غير اللازمة ولذا فانه تعجز عن توجيه انتباهه للمثيرات الهامة اللازمة لعملية التوافق والتعلم0 كذلك فان الأطفال نقص الانتباه تواجههم صعوبة كبيرة وتركيز الانتباه والاحتفاظ به لفترة طويلة عند ممارستهم لآية أنشطة وبصفة خاصة تلك الأنشطة التي تتكرر كثيرا أو تلك التي تتطلب تحدي إذ انهم يجدون صعوبة في غربلة المثيرات وعدم القدرة علي الانتباه والتركيز لدي هؤلاء الأطفال يجعلهم يتسموا غالبا بالسلبية ولا يجدون متعة في عملية التعلم مع عدم وجود الحماس اللازم للمشاركة في النشاط المدرسي سواء داخل الفصل الدراسي أو خارجة ولذا فهم سريعو الشرود ومشغولون دائما بأمور غير الدروس ، والتي ينتبهون إليها من المثيرات المتشتتة

( أماني زويد:50،2002؛ عبد العزيز الشخص ،عبد الغفار الدماطي :145،1992؛عادل غنايم:53،2001؛ سعيد دبيبس،السيد السمادوني :92،1998).

ويتمثل تأخر نقص الانتباه وصورها من خلال التالي :

**1-عدم الانتباه:**

قد يرجع نقص انتباه الطفل إلى عدم قدرته علي الانتباه للمثير المعروض أمامه ،ربما لأنه لا يثير اهتمامه أو سبب عزوفة عنه أو لصعوبة فهم دلالته مما يثير التوتر لدية فيضيق به زرعا ويبتعد عنه0

**2- القابلية للتشتت:**

أي عدم قدرة ذلك الطفل علي تركيز انتباهه مدة كافية في المثير المعروض أمامه ومرجع ذلك لأسباب أما عضوية أو نفسية كشعوره بالضيق أو الملل أو العجز عن فهم المثير أو فشلة تحقيق التأهب العقلي أو التهيؤ الذهني المطلوب فشلة في اصطفاء وتنقية المثيرات الهامة ومداومة التركيز عليها، استبعاد ما عداها أثناء قيامه بالا حاطه بمختلف جوانب الموقف المثير الذي يجذب انتباهه0

**3-تثبيت الانتباه:**

ويقصد به ثبات انتباه ذلك الطفل علي مثير معين لأنه يستهون أو عدم تمتعه بالمرونة الكافية لنقل انتباهه بين المثيرات المختلفة بسبب جحودة أو تعبه أو إجهاده وبالتالي لا يلم عناصر الدرس المتتالية بصورة جيدة ويشعر بالعجز عن فهمة(نبيل حافظ:15،1998-16).

## أساليب علاج نقص الانتباه:

ونتضح تلك الأساليب فيما يلي:

**1-التدريب علي تركيز الانتباه:**

ويتضمن ذلك توجيه انتباه الطفل نحو المثيرات المهمة ذات الصلة بموضوع الدرس(للطالب مثلا) وترك باقي المثيرات الهامشية من خلال :

**أ-لفت نظر الطفل للمثيرات المهمة** لكي يركز عليها ويعزف عن غيرها يحتلونها أو وضع خطوط تحتها0

**ب- تبسيط المثيرات المقدمة وتقليل عددها وإزالة تعقيداتها** حتى يستطيع الطفل الانتباه إليها واستيعابها0

**جـ-استخدام المثيرات والخبرات الجديدة وغير المألوفة** حتى يتم لفت انتباهه لان التعود علي المثيرات يجعلها لا تثير اهتمامه0

**د-الاستعانة بالخبرات السابقة لذلك الطفل والانطلاق منها** لتقديم خبرات تربوية جديدة يرتبط بها ويفهمها0

**2-زيادة مدة الانتباه:**

ويتم ذلك بطريقة تدريجية من خلال التالي :

**1-تحديد ما يجب القيام به وتحقيقه:** وذلك في صورة هدف إجرائي يسهل تحديده وتقويمه وقياسه.

**ب-يستخدم المعلم أو الوالدين ساعة توقيت** Stop Watch لقياس مدي الانتباه لدي الطفل0

**جـ-توفير فترات راحة بين مهام التدريب علي زيادة الانتباه** لضمان التمرين الموزع والذي يكون افضل من التدريب المتصل غالبا0

**د-العمل علي تعزيز ومكافأة الزيادة في الانتباه** بالتشجيع0

**3- زيادة المرونة في نقل الانتباه:** ويتضمن ذلك :

**أ- إعطاء وقت كاف لانتقال انتباه الطفل من مثير لآخر** أي بعد استيعابه للمفهوم الدال علية ثم يقدم له مفهوم أخر بمثير اخر0

**ب- التقليل التدريجي من مدة انتقال الانتباه من مثير لأخر بعد** أن يتم تدريب الطالب علي ذلك0

**4- تحسين تسلسل عملية الانتباه:**

ويقصد به أن يركز الطالب حواسه وذهنه في مثيرات متتابعة عبر زمن تقديم الخبرة أو الخبرات التعليمية بحيث يصل في النهاية إلى إلمام متكامل وفهم شامل لها ويتم ذلك من خلال التالي:

**أ-زيادة عدد الفقرات التعليمية التي ينتبه إليها الطفل أو الطالب تدريجيا0**

**ب-وضع عناصر المهمة العلاجية مثل : النشابة /التضاد/التجاور في المكان والزمان** فيسهل الربط السريع بينهما والانتباه إليها كمجموعاته

**جـ-التكرار والتدريب** حتى يستطيع الطفل السيطرة علي المهمة التعليمية (نبيل حافظ:17،1998-19)0

## سمات نقص الانتباه:

تتضمن تلك السمات ما يلي:صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة ،والفشل الدراسي الناجم عن صعوبة الاستماع والتركيز ،تشوش الأفكار ،صعوبة تشغيل الذاكرة ،وصعوبة حل المشكلات ،وصعوبة التعلم،وصعوبة التحكم في نظم الرموز المجردة ،وانخفاض اكتساب المهارات الرياضية الأساسية في المرحلة الابتدائية ،الأداء الضعيف في الاختبارات الادراكية التي تتطلب التركيز ،وصعوبات مدرسية تعليمية وسلوكية ،واضطرابات الثقة النمائية ،والفشل في الانتهاء في إنجازات المهارات ،وضعف الباعث الإدراكي الجسمي ،واضطراب الذاكرة والتفكير ،وصعوبة القراءة ،واضطراب الكلام ،ونقص في التنظيم المعرفي للمعلومات ،وصعوبة التركيز والانتباه لشرح المعلم ،غير قادر علي متابعة التحصيل ،عدم القدرة علي تكملة الأعمال التي بدأها(زينب شقير :19،1999-20) .

ويعرض الإصدار الرابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-IV (1994، 63-64) لعدد من المحكات يتم في ضوئها تشخيص هذا الاضطراب وذلك على النحو التالي:

**أولاً :** يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين التاليين إما البند الخاص بقصور الانتباه فقط والذي يتضمن تسعة أعراض، أو البند الخاص بالنشاط الزائد/الاندفاعية فقط والذي يتضمن هو الآخر تسعة أعراض أيضاً. بحيث يكفي أن ينطبق أحدهما فقط على الفرد كي نعتبره حالة مرضية. ويشترط أن ينطبق على الفرد ستة أعراض على الأقل من أي منهما، وأن يستمر ذلك لديه لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي مما يؤدي إلى سوء تكيفه وهذه الأعراض هي:

**أ - البند الأول: قصور الانتباه**

1- يجد الطفل صعوبة في الانتباه للتفاصيل كشكل المنبه ومكوناته، أو يرتكب العديد من الأخطاء الساذجة في واجباته المدرسية أو العمل أو الأنشطة الأخرى التي يمارسها.

2- يجد صعوبة في تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة للمهام التي يقوم بها أو لأنشطة اللعب التي يشترك فيها.

3- يبدو وكأنه لا يسمعنا عندما نتحدث إليه بشكل مباشر حيث يجد صعوبة في عملية الإنصات.

4- لا يتبع التعليمات التي يتم توجيهها إليه ويفشل في إنهاء الأعمال التي يكلف بها سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل (على ألا يكون ذلك بسبب التحدي من جانبه أو عدم فهمه للتعليمات).

5- غالبا ما يجد صعوبة في ترتيب وتنظيم المهام والأنشطة التي تعرض عليه.

6- يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهوداً عقلياً كالواجبات المنزلية أو الأعمال المدرسية، أو يكره الاشتراك فيها، أو يتردد في ذلك.

7- غالباً ما يفقد أشياء تعد ضرورية للقيام بالمهام والأنشطة المطلوبة كاللعب أو الأدوات المدرسية أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات المختلفة.

8- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

9- غالباً ما يكون كثير النسيان في الأنشطة والأعمال اليومية المتكررة والمعتادة مما يجعله في حاجة إلى متابعة مستمرة.

**ثانياً :** قد تحدث بعض أعراض النشاط الزائد أو الاندفاعية أو نقص الانتباه قبل بلوغ الفرد السابعة من عمره وقد تسبب خللاً أو قصوراً ذا دلالة إكلينيكية في أدائه الوظيفي في موقفين أو أكثر سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل مع وجود أدلة واضحة وقاطعة تؤكد حدوثه في الجانب الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني ولكن يشترط ألا ترجع تلك الأعراض إلى اضطراب نمائي عام (منتشر)، أو الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر، أو أي اضطراب عقلي آخر كأن يكون اضطراباً وجدانياً أو اضطراب القلق أو اضطراب تفككي أو تفسخي أو اضطراب الشخصية.

ويرى كندول Kendall (2000) أن هناك استعداداً بيولوجياً للاضطراب يتمثل في وجود خلل في القشرة المخية الأمامية المحيطة بالفصوص الأمامية للمخ المسئولة عن الاستجابة للمثيرات الحسية والتي تعمل على كف الاستجابة الحركية للمثيرات أو تأجيلها، ويؤدي الخلل في القشرة المخية الأمامية إلى

الاندفاعية والتي تعكس عدم القدرة على الكف أو المنع، بينما يؤدي الخلل في الفصوص الأمامية من المخ وخاصة الفص الأمامي الأيمن إلى حدوث النشاط الحركي المفرط. ومع ذلك فإن هناك أسباباً بيئية واجتماعية تزيد من حدة الاضطراب وتتمثل في عدم قدرة الطفل على تعلم المهارات المعرفية والسلوكية، وعدم وجود بيئة تعليمية مناسبة، وعدم وجود استراتيجيات معرفية لتشكيل الانتباه وتنظيم ، كما يرى "جولدشتين وجولدشتين "Goldstein & Goldstein(1998) أن تعليم الأطفال المهارات اللازمة لتركيز الانتباه، وضبط النفس، والحد من النشاط الحركي المفرط. وهذا بطبيعة الحال يدعم ما كان سائداً منذ عقد الثمانينيات من أن مثل هؤلاء الأطفال لا يحتاجون فقط إلى مجرد بعض حبات من الدواء بل يحتاجون في الوقت ذاته إلى تعلم مهارات معينة من خلال تعديل بيئاتهم وتوفير الفرص المناسبة لتعلم تلك المهارات في مواقف فعلية( عادل عبد الله : 2002أ، 18-19 ؛ عادل عبد الله : 2002ب، 196). ويشير "موندي وآخرون "Mundy et al. (1998) إلى أنه يمكننا من خلال استخدام الصور والأشكال والمثيرات البصرية بشكل عام أن نسهم في تحسين الانتباه لدى هؤلاء الأطفال مما يدفعهم بعد ذلك إلى تعلم المهارات اللازمة للحد من نشاطهم الحركي المفرط وذلك بنفس الأسلوب أيضاً. وتتفق" هوجونين " Huguenin (1997) مع هذا الرأي حيث ترى أن استخدام مهام متنوعة للتمييز البصري يؤدي إلى حدوث نتائج إيجابية في هذا الصدد وهو ما يمكن أن يساعد في عملية دمجهم مع أقرانهم العاديين، وقد يتضمن الأمر أيضاً تدريب الوالدين (أو أحدهما) وإرشادهما، وتقديم برامج مخططة لهما لاستئناف تدريب أطفالهم عليها في المنزل مع تدريب هؤلاء الأطفال على بعض المهام المعرفية .

ويؤكد عادل عبد الله (2002-ب، 463) على أهمية اشتراك الأسرة أو الوالدين أو حتى أحدهما في مثل هذه البرامج يعد بمثابة الأساس القاعدي الذي تنطلق منه الخدمات المختلفة التي يتم تقديمها لمثل هؤلاء الأطفال إذ أن ذلك من شأنه أن يساعدهم في اكتساب مهارات عديدة وتنميتها وذلك بشكل أفضل وأيسر. ويرجع الاهتمام بإرشاد الأم في هذا المجال إلى أنها هي الأكثر احتكاكاً بالطفل والأكثر تلبية لاحتياجاته نظراً لانشغال الأب في الغالب بأمور أخرى خارج المنزل في سبيل توفير المتطلبات الأسرية. و يشير باركلي (1990، 25) Barkley إلى أن العديد من المشكلات بين الشخصية التي ترتبط بفرط النشاط تأتي من عدم الطاعة من جانب الطفل وعدم قدرته على ضبط النفس، ومن ثم فإن تدريب الوالدين أو أحدهما على ذلك يعمل على الحد من عدم الطاعة والعناد من جانب الطفل، ويساعده بالتالي على تعلم ضبط النفس إذ أنهما يجب أن يكافأ الطفل على سلوكه الملائم، وأن يشكلا استجاباته المرغوبة، وأن يعملا على الحد من سلوكياته غير المناسبة، كما يجب أن يتعلما تجاهل السلوكيات غير المرغوبة، وأن يدعما السلوكيات الإيجابية من جانب الطفل وهو الأمر الذي يعمل على تنمية قدرة الطفل على الاستفادة مما تعلمه وتدرب عليه وبالتالي الحد من أعراض الاضطراب لديه وهو الأمر الذي توفره جداول النشاط المصورة. ومن ثم فإن ذلك يساعده إلى درجة كبيرة في الاندماج مع الآخرين ويلعب دوراً هاماً في عملية دمجه مع الأطفال العاديين بالمدارس.

**النشاط الحركي الزائد:** Hyperactivity or Hyper kinetic or over activity

يعتبر النشاط الحركي الزائد من أنواع الإعاقات التي تسبب للأسرة مشكلة في تعليم أطفالهم وبصفة خاصة في المراحل الأولية ويرمز لها بالاستثارة الزائدة Over Arousal إذ يتميز الأطفال ذوي النشاط الحركي

الزائد بعدم الاستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة كما يسهل استثارتهم انفعاليا فقد يقدمون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة ،كما يتسمون بصعوبة البقاء جالسين لفترة ،وينشغلون في عمل أشياء مزعجة :كالسقوط عن الكرسي ،وقرع الإصبع( جيهان يوسف : 2002، 78 ؛ Fowler , M.: 1991, 91 ) . ويتميز الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد بالحركة الزائدة عن الحد وعدم الاستقرار والهدوء في مكان واحد لفترة طويلة نسبيا ،فقد ينتقلون من مكان إلى آخر بصورة مزعجة ومستمرة وكثيرا ما يخرجون من مقاعدهم داخل الفصل الدراسي الآمر الذي يؤدي إلى سهولة استثارة هؤلاء الأطفال انفعاليا وعدم تقبلهم اجتماعيا من معلميهم وأقرانهم علي حد سواء(عادل غنايم :53،2001) .

**سمات الأطفال ذوى النشاط الحركي الزائد:**

وتبدو أعراض في كثرة الحركة ،وصعوبة القدرة علي الثبات ،والخروج من المقعد والتجول في الفصل أو المدرسة أو المنزل بدون سبب واضح،وعدم التناسق الحركي،غير مبال مع عدم الارتقاء بالسلوك المناسب بنموه الزمني ،ونشاط زائد للحركات الكبرى ويهتز باستمرار ،والتأرجح علي الكرسي ،وعدم الاستقرار في مكانه ،وإحداث ضوضاء في المكان الذي يتواجد فيه ،ليتململ بيديه وقدميه في جلسات الرقص،والقفز في مكان تواجده( إبراهيم كاظم :204،1980، زينب شقير 18،1980؛ باركلي:49،1999، Carlson , C.L. et al..: 1997 ,1712).

**ب - البند الثاني: النشاط الزائد/ الاندفاعية**

**1- النشاط الزائد:**

1- غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط بهما أو يتلوى في مقعده.

2- في الغالب يترك مقعده في الفصل أو في المواقف الأخرى التي نتوقع منه خلالها أن يظل جالساً في مقعده فيظل يمشي ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف.

3- يجرى في المكان بإفراط أو يتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة وذلك في المواقف التي لا يعد ذلك مناسباً (أما بالنسبة للمراهقين فقد يتحدد ذلك بمشاعر ذاتية تتمثل في الاستياء).

4- غالبا ما يجد صعوبة في اللعب بشكل هادئ أو الاستغراق بهدوء في أنشطة وقت الفراغ.

5- تكون حركته في الغالب مستمرة ونشيطة فلا يكل ولا يتوقف أو يتحرك وكأن هناك موتوراً يحركه.

6- غالباً ما يتحدث بإفراط (عادل عبد الله : 2002أ ، 19 ).

**علاج النشاط الحركي الزائد:**

إن النشاط الحركي الزائد يؤثر في التحصيل الدراسي كعملية معقدة ومركبة ويرتبط كذلك أداء العمليات العقلية ومن طرق علاج النشاط الحركي الزائد ما يلي كما أشار جميل منصور (1984) فيما يلي:

1-تعديل السلوك غير المرغوب (النشاط الحركي الزائد) وإحلال سلوك مرغوب (النشاط الحركي المتزن )، ويتم ذلك عن طريق عقاب الأول والاستجابة السلبية تعزيز الثاني والاستجابة الإيجابية له0

2-تقديم النموذج السلوكي المتزن للطفل .
3- الهدوء والثبات الانفعالي مع الطفل وعدم الثورة في وجهه من قبل المعالج أو الوالدين والنعلم0
4-العلاج الطبي بالعقاقير إذ اقتضى الامر0
5-تجزئة المهام التربوية والدراسية عملا بمبدأ الممارسة الموزعة 0
6-استشارة الطبيب في نوعية الغذاء الذي يستطيع الطفل تناوله .
7-اللجوء إلى التوجيه البسيط وعدم إلقاء أوامر ومحاضرات علية 0
8-إتاحة الفرصة أمام الطفل لتوزيع انفعالات وطاقاته في لعب أو أنشطة وهادفة (نبيل حافظ 0(20-1998،19:

**ب- الاندفاعية :**

إذ أن الأطفال المندفعون يميلون للاستجابة للأشياء دون تفكير مسبق ،فلا يعرفون تبعات تجعلهم عند قيامهم بالأداء ،كما يجدون صعوبة في انتظار دورهم ولا يفكرون في البدائل المطروحة قبل أن يختارون قرارهم الذي يتسم بالعجلة والتسرع(G oldestien ,S. et al. : 1995,60) .

كما أن الأطفال الاندفاعيين لا يستجيبون للحوافز بنفس طريقة الأطفال المترويين أو العاديين ،وكذلك فان حدوث تدعيم سلبي لهم يجعلهم لا يستجيبون للمطالب إلا عند إزالة المثير المنفر لهم(Hacnlein & Caul : 1987,359 G oldestien et al. 1995,61) .ولذا فان خفض تلك المظاهر السلبية لدي الأطفال المندفعون يحضر في عملية الضبط والتدريب علي السلوك الإيجابي واستبداله بها اكثر من استخدام أساليب العقاب المختلفة والمحتلة في التعزيز السلبي(سعيد دببس ، السيد السمادوني .(1998،93:

ويشار للاندفاعية :بسرعة الاستجابة أو سرعة رد الطفل إذ أن أي موقف يتعرض له الطفل داخل الفصل مثلا كسؤال أو من خلال لعبة مع زملائه في فناء المدرسة نجد انه لا ينتظر دوره في اللعب (Hart , I. et al .: 1994,410) .وكذلك لا يفكر في البدائل المطروحة أمامه إذ انه غالبا يريد الحصول علي أول شيء يراه كقطعة شكولاته مثلا أو اقرب لعبة أمامه ولذا فانه لا يتوقف للتفكير قبل الاستجابة للمثير الذي أمامه ومن ثم أن يقع في أخطاء كثيرة (ضياء منير :1987،18).

ومن ثم نجد أن الطفل المندفع لا يتوقف عن التفكير قبل الاستجابة للمثير الذي أمامه لذلك يقع في أخطاء كثيرة علي النقيض من الطفل العادي الذي يؤجل الاستجابة ويتأهل البدائل المتاحة أمامه ويفكر فيها جيدا أو بتروي حينما لا يعرف الإجابة الصحيحة لذلك غالبا ما تكون أجابته صوابا (عادل غنايم:2001،51).

**سمات الاندفاعية :**

وتبدو تلك السمات في صعوبة ضبط السلوك مقدم التأني في الاستماع للمعلم حتى ينتهي من السؤال ومن ثم يخطئ الطفل في الإجابة ،والسلوك المندفع وما ينتج عنة من سوء التوافق الشخصي

والاجتماعي ،وعدم اتباع التعليمات ،والاندفاع في الحركة ،صعب الترويض معانة ،لا يمكن ضبطه أو التحكم في سلوكه ،وينتقل من عمل لأخر دون الانتهاء من الأول ،وعدم الاستقرار ،غير مطيع اجتماعيا ،لا يحترم الآخرين ولا ينصت إليهم ،كثير التدخل في شئون الآخرين دون أن يطلب منه ذلك ، يصعب علية انتظار دوره في اللعب أو المواقف الاجتماعية ، إلية الاستجابة قبل التفكير ،نقص التنظيم ،التغير المفاجئ في النشاط ، ومن سمات الاندفاعية التالي :

1- يجيب عن الأسئلة بدون تفكير حتى قبل أن يتم استكمال السؤال الموجه إليه.
2- يجد صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره سواء في اللعب أو غيره.
3- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم ويفرض نفسه عليهم فيتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم.

**علاج الاندفاعية :**

إن الاندفاعية تربط سلبا بالتحصيل الدراسي إذ أن التلاميذ الأكثر اندفاعا والأقل ترويا نجد أن مستواهم التحصيلي قد يكون غالبا متدنيا وفيما يلي عرض للبرامج العلاجية المستخدمة :-

أ-لقد لجأ بعض الباحثين إلى ما يسمي بفنية التعليمات الذاتية و تشمل الخطوات التالية :

1-أن يقوم المعلم (المعالج )بإنجاز مهمة تعليمية ما وهو بفكر صوت عال أمام الطالب المندفع والأخير يراقبه
2-يقوم الطالب بإنجاز نفس المهمة وذلك بتوجيه من تعليمات المعلم (المعالج )توجيه خارجي/ داخلي.
3-يقوم الطالب بإنجاز المهمة بينما يعلم نفسه بصوت عال (التوجيه الذاتي العلني).
4- يقوم الطالب بإنجاز مهمته هامسا لنفسه بالتعليمات (التوجيه الذاتي الهامس).
5-يقوم الطالب بالمهمة وهو يلقي علي نفسه بالتعليمات (توجيه ذاتي غير معلن).

ب-وأيضا لجأ بعض الباحثين إلى تدريب الطالب المندفع علي فنيات حل المشكلة وخطواتها فيما يلي:

1-الشعور بالمشكلة دراية أو عملية
2-جمع المعلومات والبيانات من الكتب والدراسات والحياد عنها 0
3-تحليل المشكلة ببيان أبعادها وعناصرها ومظاهرها وعواملها 0
4-اقتراح الحلول المختلفة للمشكلة وتجريبها ومتابعتها0
5-تقويم الحلول المقترحة وتعديلها إذا لزم الأمر ( زينب شقير :18،1999-19؛ نبيل حافظ :20،1998-21؛ Carlson , CL S .: 1997, 558؛ Jensen P e t al. :1997, 1709)0

ويشير الباحث إلى ارتباط الأعراض الثلاثة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ببعضها البعض من حيث كونها زملة أعراض تتم في تتابع على مستوى السلوك في البيئة الأسرية والمدرسية ويمكن مشاهدتها وملاحظتها بسهولة من قبل الوالدين والمعلم ، وهناك رأى يرجح أن يكون نقص الانتباه في راس السلوكيات التي تنتاب هؤلاء الأطفال ثم يتبعها النشاط الحركي الزائد فالاندفاعية ، في حين يميل رأى آخر إلى كون أن تلك السلوكيات والتي تعبر في مجملها عن ذلك الاضطراب يتم

آتياتها من قبل هؤلاء الأطفال تبعا للموقف الذين يتفاعلون خلاله مع الآخرين بحيث يدل هذا الموقف على تلك الأعراض دفعة واحدة.

### ثالثاً : التوافق النفسي

**مقدمة :**

إن سلوك الفرد أثناء تفاعله ما يحيط به من أشخاص وكائنات لا يخرج عن كونه نوعا من التكيف كما يسميه علماء الحياة ،نخبره يفصح عن سلوك هو من أنواع التوافق للبيئة وهو ما نسميه التوافق النفسي ، وكلما انسجم الفرد مع المجتمع كان المردود مزيدا من رضي المجتمع عنة وكذلك تلبية حاجاته ورغباته بصورة يرضي عنها المجتمع والعكس صحيح ، كما أن الطفل ذي الإعاقة السمعية في محاولته للتوافق مع العالم الذي يعيش فيه قد يتخذ توافقه إحدى الصور الآتية: الأولى: أما يقبل أن يعيش كفرد ذي إعاقة : والثانية : أن ينعزل عن أفراد المجتمع متجنبا أي تفاعل شخصي واجتماعي مع الآخرين : وفي الحالتين فأنة منوط بمواجهة المجتمع وهو محروم من بعض الوسائل التي تساعده في التواصل مع الآخرين ولذا يعيش علي هامش الجماعة ومن ثم تواجهه مواقف تشعره بعدم الأمن أثناء اختلاطه مع الغير ولذا تنتابه الحيرة الدائمة مما يسبب مشكلة كبري تعوق توافقه الاجتماعي ،أما إذا اختار الأسلوب الثاني المتمثل في العزلة فسوف يحكم علي نفسه بالحياة في الفراغ الصامت طوال حياته (عبد العزيز القوصي: 1981،13؛ إبراهيم مطاوع:1983،39 ؛ مصطفي فهمي:1965،76) 0

**مفهوم التوافق النفسي:**

يقصد بالتوافق النفسي ذلك النشاط الذي يقوم به الفرد بتأثير واقع ما وعقبة تحول دون الإرضاء المباشر لهذا الدافع ثم يخوض محاولات لإيجاد حلا بعد آخر حتى الوصول في نهاية الأمر لحل ما قد يكون سليما مباشرا أو يكون حلا جزئيا لا يرضي الفرد تماما( احمد راجح:1975،388)0

ويراد بالتوافق النفسي في قاموس " انجلش وانجلش "(1958) English & English ما يلي :

1- توازن ثابت بين الكائنات والأشياء المحيطة بالفرد أو من حوله .

2- حالة من العلاقات المتجانسة مع البيئة التي لا يستطيع الفرد فيها الحصول علي الإشباع لمعظم حاجاته الجسمية والاجتماعية .

3-إحداث التغير المطلوب في الشخص ذاته أو في بيئته للحصول علي التوافق النفسي ( English & English: 1958,13). ويطلق علية الأسلوب الذي بواسطته يصبح الشخص اكثر كفاءة في علاقته مع البيئة ، ولذا فانه تفاعل بين سلوك الفرد والظروف البيئية بما في ذلك الظروف التي تنبعث من داخل الفرد (عبد المنعم الميلجي و آخرون:1971، 385 ؛ جابر عبد الحميد :1973،64)0

ويوصف كذلك بقدرة الفرد علي إشباع حاجاته ومقابلة معظم متطلباته النفسية والاجتماعية من خلال علاقة منسجمة مع البيئة التي يعيش فيها( Wolman :1973,9 ). وعملية إشباع حاجات الفرد تلك هي التي تثير دوافعه بما يحقق الرضا عن النفس والارتياح لكي يتم تخفيض التوتر الناشئ عن الشعور بالحاجة لدية ومن ثم يتحقق له التوافق النفسي.(كمال دسوقي:1976،385)0

وفي هذا الإطار فان التوافق النفسي يوسم بكونه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته (حامد زهران :1978،29)0 ويعرف في

معجم علم النفس بأنه :العلاقة الحادثة بين الفرد ومحيطة بهدف إرضاء دوافعه وحوافزه (فاخر عاقل:1979،14) . ويشار إليه بكونه تلك العملية التي يتيح للفرد تحقيق إمكانياته وخفض توتراته لاستعادة توازنه الداخلي لكي يتلاءم مع البيئة (صلاح مخيمر:1982،13)0

وتتفق انتصار يونس (1985،292) مع التعريف السابق إذ تصفه بالعملية أو السلوك الذي يحاول به الفرد التغلب علي الصعوبات والعوائق التي تقف حيال تحقيق دوافع أو حاجة ويعتمد التوافق علي طريقة ودرجة إشباعي الدوافع 0 ومن ثم فانه تنوع لفاعليات الكائن بهدف التغلب علي عقبه أو إشباع حاجه بالإضافة لأقامته علاقة انسجام مع البيئة المادية والاجتماعية (كمال دسوقي :1988،59). ويلقب بالعملية التي تقوم على محور العلاقة بين الذات والموضوع بهدف خفض التوترات وتحقيق الوجود أي العودة إلى حالة الاتزان ( سعد المغربي :1992 ،11). ويعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه : كل سلوك أو نشاط يقوم به الإنسان خاصة والكائن الحي عامة وهو نشاط يهدف منة لتحقيق نجاحا في مواقف حياته المختلفة ومن ثم فأنة يتضمن إشباعا لحاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمة (فرج عبد القادر وآخرون:1993،259).

ويلقب بأنة مجموعة من الاستجابات الخاصة بالتوافق الشخصي مضافا إليها مجموعة الاستجابات السلوكية للتوافق الاجتماعي( اشرف عبد الحميد: 1995،46). ومن ثم ويتسم بأنة عمل إيجابي مستمر يحاول الفرد من خلاله التعديل في نفسه أو في الظروف المحيطة به بهدف تحقيق الإشباع لحاجاته وخفض توتراته والتوازن والانسجام مع بيئته (حمدي عرقوب :1996،10). ويوصف بكونه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والاجتماعية )بالتغيير والتعديل حتى يحدث التوازن بين الفرد وبيئته إذ أن هذا التوازن يتضمن تحقيق إشباع لحاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة (حامد زهران :1997،27) .

ويعرف " كارل روجرز " Carl Rogers التوافق النفسي بأنه قدرة الشخص علي تقبل الأمور التي يدركها بما في ذلك ذاته ثم العمل من بعد ذلك علي تبينها في تنظيم شخصيته (رمضان القذافي:1998،110). ويراد بالتوافق النفسي: تلك العملية الديناميكية المستمرة بين الفرد وبيئته الاجتماعية والمهنية بهدف تحقيق رضا الفرد عن نفسه والمحيطين به وشعوره بالرضا الشخصي والاجتماعي والمهني من خلال تفاعله مع بيئته والوصول إلى توازن يتضمن إشباع معظم حاجاته الداخلية ،ومواجهة متطلبات البيئة بالتعديل أو التغيير (عاطف الأقرع:1999،6).

ويعرف الباحث *:* التوافق النفسي إجرائيا بكونه : عملية إيجابية هادفة ومستمرة يحاول الفرد من خلالها التعبير عن ذاته أو عن الظروف المحيطة به لكي يتواءم مع بيئته وذلك بإشباع حاجاته وخفض توتراته وصراعاته 0

## تصنيف التوافق النفسي:-

تتباين تصنيفات التوافق النفسي إلى ثلاث اتجاهات هي :-

**أولا:الاتجاه الفردي :** والذي يركز علي تحقيق التوافق من خلال إشباع دوافع الفرد0

إذ يشير "كندلر Kendler . H (1977 ) إلى أن التوافق يشير لقدرة الفرد علي إشباع دوافعه ومواجهة متطلبات البيئة (Kendler H :1977,439 ).

ويصف كل من " سارازون وسارازون "(1980،507) Sarason I. & Sarason B التوافق بأنه قدرة الفرد علي تحقيق الانسجام بين بيئته والتغيرات الحادثة فيها0 ويشير لندال وافيدوف (1981،623)(Davidoff.)إلى كون أن التوافق يتضمن محاولة الفرد لمواجهة متطلبات البيئة 0 ويري "ربر "(1985) (. Reber A)أن التوافق يشير لقدرة الفرد علي تنمية مهارته واستغلال إمكاناته وذلك كاستجابة للبيئة التي يعيش فيها بهدف أحداث التوازن الكامل بين قدراته وبيئته لإشباع حاجاته ( .Reber A 1985,13 ,). ويشير فرج طه (1988،32)إلي كون التوافق يعمل علي خفض التوتر الذي يستثار من قبل الحاجات وذلك بصورة مرضيه .ويطلق عليه كمال دسوقي (1988،60) الحالة الانسجامية مع البيئة بحيث يكون الفرد خلالها قادرا علي إشباع معظم حاجاته .

ويصفه "سوزرلاند" (1991،10) . Sutherland S بأنه تشكيلة تعديلات سلوكية وعمليات فكرية بحيث يتيح ذلك للكائن الحي فرصة التكيف في تغييرات البيئة في حدود قدراته وإمكاناته الذاتية 0

ويلقبه عبد القادر طه (1993،259)بالنشاط الذي يقوم به الإنسان خاصة والكائن الحي عامة والذي يهدف إلى الحصول علي التوافق والراحة النفسية0

**ثانيا: الاتجاه الاجتماعي :**

والذي يركز علي تحقيق التوافق من خلال المعايير والبيئة الاجتماعية السائدة ، إذ يري عثمان لبيب فراج(1970،223)أن التوافق يعد عملية تغيير سلوكية للفرد لكي يتمكن من خلالها تحقيق الموائمة بينة وبين نفسه وبينه وبين البيئة المحيطة به بما يحقق له الإشباع الذي يسعى إليه 0

ويصف "جاريسون"(1972،692) Garrison K.C. التوافق بأنه دال علي استجابة الفرد لظروف البيئة وتغيراتها0 كما يعرفه "ستات" (1981،3) Statt,D بأنه قدرة الفرد علي مواجهة متطلبات البيئة وأحداثها المتلاحقة 0ويشير كلا من كابلن وشتين (1984،3) (Kaplan P. & Stein J)إلى أن التوافق يشار به لقدرة الفرد علي مواجهة إحداثيات البيئة ومتطلباتها . ويصفه مجمع اللغة العربية (1984،8)بأنه مدي تلاؤم الكائن الحي مع بيئته وذلك من خلال تغيير سلوكه أو تغيير بيئته أو تغيير كلاهما معا0 وتصفه انتصار يونس (1986،246) بذلك التفاعل الدينامي المستمر بين كلا من الفرد والبيئة المحيطة به بحيث يهدف ذلك لنمو الفرد بالتدريج 0ويفند عادل الاشول (1975،84) ذلك التوافق بكونه انسجام الفرد مع الظروف والأحوال المتغيرة 0

**ثالثا : الاتجاه التكاملي:-**

والذي يركز علي كونه التوافق يتحقق من خلال التكامل والتطابق بين الفرد والبيئة" الطبيعية والاجتماعية " التي يعيش فيها. و يصفه"أيزنك" (1972،25) Eysenck H. J بأنه حالة تعاونية بين حاجات الفرد من ناحية ومتطلبات البيئة من ناحية أخرى بهدف إشباع تلك الحاجات وتحقيق الأهداف لدي الفرد. ويلقبه "حسام الدين عزب (1984،35)بعملية فض الصراعات وتحقيق الأهداف والدوافع لدي الفرد وبيئة واستعاد الاتزان المفقود بينهما0 ويري حامد زهران (1978،29) أنه عملية التعديل والتغيير المستمرة من قبل الفرد لتتفاوت السلوك والبيئة لأحداث التوازن بين الفرد وبيئته0 ويرمز له صلاح مخيمر

(1979،1)بالرضا بالواقع والذي يتطلب السعي الدائم وتخطي الواقع وبذلك يمكن خفض التوتر وبالتالي خفض غرائز الموت ودعم غرائز الحياة 0ويركز " كوان " (1983،4). Coan , R علي كون قدرة الفرد علي إشباع احتياجاته يتم تبعا لمتطلبات بيئته الاجتماعية والمادية وتحقيق للسعادة والرضا عن ذاته 0ويصفه موريس (1982،375). Morris ,C بالعملية التوازنية بين حاجات ودوافع ورغبات الفرد ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها 0ويلقبه احمد راجح (1958،578) بحاله التواؤم والانسجام التي يحققها الفرد بينه وبين نفسه وبينه وبين بيئته والتي يطلق عليه بأنه ذو صحة نفسية جيدة وفشله في تحقيق ذلك التوائم والانسجام يدل على كونه معتل الصحة النفسية.

**التوافق النفسي والتكيف والتلاؤم والمسايرة :**

يرتبط التوافق بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية وقديما استمد التوافق أساسا من علم الحياة " البيولوجيا" إذ يشير ذلك لمحاولة الكائن الحي للموائمة بين نفسه والعالم الطبيعي الذي يعيش فيه من اجل البقاء ولذا تم توصيف ذلك علي سلوك الإنسان كاستجابة لمطالبة الضغوط البيئية التي يعيش فيها ، ومن ثم نجد في اللغة العربية الفروق بين الكلمات التالية :

**1-التوافق Adjustment :**

وهذا المصطلح يحيل جوانب كثيرة منها النفسي الذي يشمل للشخصي والاجتماعي والدراسي ويقصد التوافق علي النواحي النفسية والاجتماعية مثل عملية تغيير الفرد لسلوكه لكي يتسق مع غيرة من خلال تغيير عاداته وتقاليده وخضوعه للالتزامات الاجتماعية

**2-التكيف Adaptation :**

ويفضل أن يقتصر استخدام ذلك المصطلح علي المجال البيولوجي كما اقره " داروين " بمعني قدرة الكائن الحي (إنسان ، حيوان ،نبات 0000)علي أن يغير من نفسه أو يغير من بيئته من اجل البقاء إذ أن فشلة في تحقيق ذلك يؤدي إلى الانقراض ،ويختص التكيف بالنواحي الفسيولوجية مثل تغيير حدقة العين من خلال اتساعها في الظلام وضيقتها في الضوء الشديد 0

**3-المسايرةConformity :**

ويندرج هذا المصطلح تحت البند الاجتماعي بمعني الامتثال للمعايير والتوقعات الشائعة في الجماعة 0

**4-التلاؤم Accommodation :**

ويراد به مصطلح اجتماعي نظرا لكونه عملية اجتماعية تهدف للتقليل من الصراعات بين الجماعات ( سيد مرسي :1985،131، طلعت منصور : 1982،415، فؤاد البهي :1981،160) 0

ويستنبط الباحث من مفاهيم التوافق النفسي ما يلي:-

- أن التوافق النفسي يمثل أحد مظاهر الصحة النفسية السوية ومن ثم فانه ينقسم لشقين أساسيين هما : الفرد والبيئة المحيطة به0
- يتسم التوافق النفسي بالمرونة لاستمرارية والإيجابية وقابلية التعديل والتغيير مع متطلبات البيئة والواقع المحيط والظروف الخارجية 0
- وينحو التوافق النفسي إلى التكامل والموائمة بين الجنبات المكونة لشخصية الفرد وبيئته الخارجية 0

– وتتبـئ التوافـق النفسـي بـالخلو النسـبي مـن الاضـطرابات النفسـية والعصـابية والسـلوكية ،وكـذلك ينبـئ بالتفاعل الإيجابي بين الفرد وبيئته 0

– ويهدف التوافق لإحداث توازن بين ما يريده الفرد وبيئته للوصول إلى علاقة تفاعلية إيجابية بينهما0

**العقبات التي تؤدي لسوء التوافق النفسي**

وتتمثل تلك العقبات فيما يلي:

**أولا : عقبات خاصة بنقص القدرة أو الاستعداد لدي الفرد0**

1–أن تكون قدرة الفرد غير كافية لا داء النشاطات بكفاءة كما يتوقع الفرد لنفسه أو كما يتوقع منه الاخرون0

2–ضعف الصحة العامة وقصور أجهزة الحس كالإصابة بالصمم مثلا أو بالعمي اللوني أو الأمراض المزمنة كالريو أو الصرع 0

3–نقص الجاذبية في المظهر الشخصي سواء كان ذلك حقيقيا أو توهما0

4– نقص القدرات العقلية كانخفاض الذكاء أو النقص في القدرات الخاصة كالقدرة الحسابية أو اللفظية أو عدم أداء الأعمال المدرسية بكفاءة 0

5–نقص القدرة علي الاحتفاظ بالانا في مواجهة اعتداءات الآخرين مع تهديه وسخرية وتوبيخ وألفاظ نابية.

6–مبالغة الوالدين في تقييم قدرات الطفل اعلي من مستواه الفعلي0

7–انحطاط مستوي المهارات الاجتماعية كالعادات السيئة والصراعات الانفعالية ومشاعر فقد الامن0

8–إحساس الفرد بكونه اقل مستوي من الآخرين ووجود وسط رفاق يمدونه بأمثلة ضحلة وفقيرة من النشاط0

**ثانيا : عقبات بيئية ناشئة عن تغيير في النشاطات:**

1–عقبات ناشئة عن اضطرار الفرد تغيير نشاطاته فجأة كأنه يولد طفل جديد في الأسرة أو وفاة شخص محبوب أو خيبة اقل من الحب أو فقد العمل

2– عقبات ناشئة عن نقص التدريب أو الأعداد حيث يؤدي ذلك لمواجهة الفرد لمشكلات كالارتباط بأطفال آخرين يرفضهم الأهل أو صرامة وقسوة الوالدين أو الإسراف في اللين 0

3–عقبات ناشئة عن استمرار نشاطات ينبغي أن يعقبها نشاطات أخرى كالبقاء في العمل مدة طويلة دون ارتياح أو التشتت نتيجة لأفعال باطلة 0

4–تكرار الإعاقة لنشاطات نامية ومتطورة كتكرار تغيير المدرس للطفل أو التغيير المتكرر لمحل الإقامة (حمدي عرقوب :47،1996–48؛ حامد زهران وآخرون :16،1987–20؛ سعد المغربي :9،1992)0

**تصنيفات التوافق النفسي:–**

**1–التوافق عملية أستاتيكة دينامية :**

ويتضح ذلك من خلال التالي :–

**أ-عمليـة أسـتاتيكية :** أي ذات شق ماضي ومن ثم يوضح ذلك التوافق الحالة التي وصل إليها الفرد ونشأت من خلالها علاقة مناسبة بينية وبين بيئية ، إذ أن عملية التوافق قد حدثت بالفعل 0

**ب-عمليـة ديناميـة :** أي ذات شق مستقبلي حيث ينظر للتوافق علي انه تعديل للسلوك بهدف الوصول إلى علاقة مناسبة بين الفرد والبيئة المحيطة به0

**2- التوافق عملية وظيفية :**

ويهدف التوافق إلى تحقيق وظيفة هي : تحقيق الوصول إلى الاتزان مع البيئة وكذلك خفض التوتر في إعلاء قيمة الذات ومفهومها لدي الفرد 0

**3-التوافق عملية كلية :**

إذ أن وحدة التوافق الكلية تنطوي علي الوظيفية والديناميكية معا فمن خلال الدلالة الوظيفية للتوافق يشار لعلاقة الإنسان من حيث كونه كائنا عيانياً وكذلك مع كليته مع بيئته 0

**4- التوافق عملية ديناميكية :**

و يشير ذلك إلى كون التوافق لا يتم مرة واحدة و إنما هي سلسلة متتابعة من الحاجات ومحاولة إشباعها من الدوافع وكذلك محاولة خفض توتراتها ولذا تتسم ديناميكيتها بالمحصلة لكل الصراعات للقوي المسيطرة علي الفرد والتي بعضها ذاتي فطري أو مكتسب والآخر بيئي فيزيائي وثقافي واجتماعي0

**5-التوافق عملية تستند إلى الزاوية النشوئية :**

ومن خلال ذلك التوافق يمكن من خلاله الرجوع إلى مرحلة ما بعينها من مراحل النشأة إذ أن التوافق بعيد الاتزان مع البيئة وذلك علي مستوي مرحلة الرشد مثلا لذلك فان السلوك التوافقي في مرحلة ما يكون هو نفسه ذات السلوك المرضي عند ظهوره في مرحلة الرشد 0

**6-التوافق عملية تستند إلى الزاوية الطوبوغرافية :**

ويمثل التوافق المحصلة الناتجة عن صراع جميع القوي في الشخصية سواء كانت ذاتية أم بيئية ولذا ينحصر ذلك الصراع في نهاية الأمر بين الأنا والهي (صلاح مخيمر :33،1979) 0

## بعض الاتجاهات لنظريات المفسرة للتوافق النفسي :

### نظرية التحليل النفسي :

إذ تتمحور تلك النظرية حول كون أن عملية التوافق وخاصة الاجتماعي تتم خلال مجموعة من العمليات النفسية أولها : تكوين الأنا الأعلى وثانيها : التوحد واللتان تحدثان في بداية العمر وتكونان البوابة الرئيسية لاكتساب القيم الثقافية ومن ثم يصب السلوك تبعا لذلك في القوالب الاجتماعية ويعدل الفرد من سلوكه حتى يتمكن من الموائمة مع اتجاهات الكبار ولذا يضطر أن يكيف حياته تبعا للأوضاع المحيطة ، وعندما يتوحد الطفل مع والدة من نفس جنسه ينفتح أمامه الطريق لاستيعاب كل النواحي الثقافية والاجتماعية ولذا تصبح الاعتبارات الاجتماعية ضمن محددات السلوك عند الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة إلى سن المراهقة ( عاطف الأقرع :22،1999؛ علاء الدين كفافي : 184،1990).

ويشير الباحث إلى : بروز الضمير والتوحد مع الأب او الام من نفس الجنس في تلك المرحلة النمائية والتي قد يتسم الطفل بالتوافق إذا كانت الانا قوية وقادرة على كبح جماح الهى والانا الأعلى ومن ثم يحدث توحد إيجابي مع نفس الصنف الوالدى ، وقد يوسم ذلك الطفل بعدم التوافق كمرجع لاضطراب العلاقة بين الانا من ناحية والهى والانا الأعلى من ناحية أخرى .

**2-الاتجاه الإنساني والتوافق :**

إذ يؤكد " روجرز " Rogers علي خصوصية الفرد حيث أن التوافق يصل إلية الفرد باتساق سلوكه مع مفهومه عن نفسه إذ أن السلوك قد يصدر عن خبرات وحاجات عضوية للفرد ويحددان سلوكه (Rogers , G. R :1981, 623-631 ) .

ويشير الباحث : إلى كون أن الاتجاه الإنساني ينبع من كون الفرد بوتقة تحمل خبرات حياتيه وحاجات عضويه تتحكمان في كيفيه إتيانه للسلوك وكيفيه توجيهه لذلك السلوك .

**3-النظرية السلوكية :**

يستند السلوكيين إلى نظرية التعلم والتي تتمحور حول كون أن الفرد ليس في حاجة إلى أن يتعلم فقط إنما يدفعه حب الاستطلاع إلى محاولة أن يتعلم كيف يتعلم، فالطفل إنما يتعلم تبعا لقوانين التعلم والقواعد السلوكية المقبولة اجتماعيا من قبل الوالدين ، فما يعاقب علية بتلاشي وينطفئ ،وما يدعم علية ويثاب ويعزز ويمكث لديه ( أنور الشرقاوي : 26،1985 ؛ عزيز رضا داود :262،1978)0ويشير الباحث : إلى كون الفرد يتعلم من خلال حدوث مثيرات ما تتطلب منه إصدار استجابات أما أن يثاب ويدعم على تلك الاستجابات فتصبح مقبولة من المحيط الاجتماعي أو أن يعاقب على تلك الاستجابات فتتلاشى وتختفى .

**العوامل المؤثرة في التوافق النفسي :**

تتمحور تلك العوامل فيما يلي :

**أولا :عوامل خاصة بالفرد ذاته :**

إذ أن الفرد يعمل دائما علي تحقيق التوافق النفسي وهو في طريقة لتحقيق ذلك يلجأ إلى أساليب مباشرة وغير مباشرة وتنقسم تلك العوامل المتعلقة بالفرد ذاته إلى :

1- **مطالب النمو** :إذ أن النمو النفسي السوي في كافة مراحله ومظاهرة( جسميا أو عقليا ، اجتماعيا وانفعاليا ) .

2- **دوافع السلوك** : إذ أن تحقق إشباع الحاجات والدوافع يؤدي للإتيان بالسلوك السوي وبعد ذلك من أهم العوامل المباشرة لإحداث التوافق النفسي ولذا يجب علي الفرد أن يتفهم دوافع سلوكه السوي وغير السوي 0

3- **حيل الدفاع النفسي** :إذ تعد الحيل الدفاعية أساليب غير مباشرة لمحاولة إحداث التوافق النفسي وهي أساليب لا شعورية يتجه إليها الفرد لاستخدامها كأسلحة دفاع لذاته ضد الصراعات والتوتر والقلق والإحباط الذي تعتريه وذلك في محاولة منه لتحقيق الراحة النفسية (حامد زهران :29،1978-40)0

**ثانيا : عوامل تتعلق بالبيئة :-**

نظرا لكون الفرد لا يستطيع العيش منعزلا عن المجتمع الذي يعيش فيه فهناك إذا علاقة متبادلة بين الطرفين الفرد والبيئة التي يتفاعل معها ولكن فان تأثير المجتمع يكون اكبر من تأثير الفرد إذ أن المجتمع هو المنوط بصنع وتشكيل شخصية الفرد من خلال مؤسساته التربوية والثقافية و أبعاد الطبيعية والاجتماعية والثقافية ومن ثم تحقق له التوافق النفسي من شتي الجوانب (مصطفي فهمي :15،1978).

**ثالثا : الحاجات الاجتماعية : مثل الأسرة:**

كما أننا نجد أن التوافق يتأثر بالبيئة المحيطة بالفرد ويتمثل ذلك في التالي :

**1- التقاليد والعادات** : مثل العادات والتقاليد السائدة تبعا لكل مرحلة نمو 0

**2- التطور الاجتماعي للبيئة** : مثل نمو المظاهر الاجتماعية السائدة وتغييرها لتساير الأحداث (فؤاد البهي: 1975،449)0

**العوامل الكامنة وراء الإخفاق في تحقيق التوافق:-**

**1-عوامل عدم إشباع الحاجات الجسمية والنفسية** : ويشار إلى أن ذلك يؤدي إلى اختلال توازن الكائن الحي مما يدفعه لمحاولة استعادة توازن و أما أن ينجح في ذلك أو أن يفشل وبالتالي يلجأ للحيل الدفاعية .

**2- عوامل غير عادية** : و يشار بها إلى أن يكون الفرد ذا خاصية جسمية أو عقلية عالية أو منخفضة جدا وحينئذ يحتاج إلى رعاية واهتمام من نوع خاص إذ أن الذكي يختلف عن ضعيف العقل.

4- **تعلم سلوكيات حضارة للمجتمع:** إذ أن هدف عملية التنشئة الاجتماعية هو تعليم الفرد السلوك المقبول من قبل الجماعة فبالتالي فان الإعراض عن ذلك يؤدي إلى اختلال التوافق عن المعايير المتعارف عليها0

**4- عدم القدرة علي الإدراك والتمييز بين عناصر الموقف:** إذ أن ضيق مجال حياة الفرد يجعله يصعب علية إدراك العناصر المختلفة في الموقف وبالتالي تقل استجابته لهذا الموقف ومن ثم يكون تصرفه غير هادف وعشوائي0

**5-صراع الأدوار: ويقصد بها الصراع بين أدوات الذات إذ أن المجتمع يتوقع من ذات كل فرد وان** تؤدي ما يتوقعه المجتمع منها وما تعلمه وتنمط علية في المجتمع ( حسين الدريني :1985،439-440).

**جدول ( 8 )**

**السمات المميزة لذي الإعاقة السمعية المتوافقة وغير المتوافقة**

| م | سمات ذي الإعاقة السمعية المتوافق | سمات ذي الإعاقة السمعية غير المتوافق |
|---|---|---|
| 1 | يعتمد على نفسه ولديه القدرة على تحمل المسئولية | يفعل ما يريد دون أن يضع الآخرين في اعتباره وكذا يفعل ما لا يحسه الآخرون |
| 2 | يشعر بقيمته وتقدير الآخرين له وبكونه محبوب ومقبول من الآخرين. | يكون كسولا ومترددا في تقبله للمسئولية وتحملها |
| 3 | يشعر بحريته. | قعودا لأساسه بعدم الكفاية في الاضطلاع بالمسئولية |
| 4 | يساند الآخرين ويساعدهم . | يعتمد على مساعدة الآخرين له ويكون اكثر شعورا بالعجز والضعف والاستسلام |
| 5 | متحرر من الميول المضادة للمجتمع . | يعانى من التوتر والكآبة والحزن مما يجعله عرضه للإصابة بالأمراض النفسية |
| 6 | يكون على علاقة طيبة بجيرانه والوسط الذي يعيش فيه . | لا يشعر بتقدير الآخرين له ولا بالانتماء لأسرته أو لزملائه أو لبيئته |
| 7 | يكون راضيا عن حياته. | يشعر بالتعب من اقل مجهود ويصبح عاجزا عن حل مشاكله اليومية |
| 8 | يصبح قادرا على إحداث التغيير والتعديل في سلوكياته للأفضل لكي يحدث توازن بينه وبين بيئته | يشعر بالخوف وعدم الاستقرار وعدم الاستقرار مما يجعله متشائما حول المستقبل . |
| 9 | خال من التوترات والانحرافات النفسية. | ويضيف الباحث:سيطرة التوترات والانحرافات النفسية عليه. |
| 10 | متحرر من الانطواء والانعزال والميل للانفراد | وكذلك :اتسامه بالانطواء والانعزالية و عدم حب الجماعة. |
| 11 | يشعر بالانتماء لأسرته ومدرسته وعمله وزملائه. | وأيضا:عدم الشعور بالانتماء لأسرته أو مدرسته أو عمله وزملائه |

( عاطف الأقرع :1999،46-47).

## أبعاد التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية :

ويعرف الباحث التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا) : بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الشخصي و الرضا الاجتماعي و الرضا

الدراسي والمتمثل في التوافق الشخصي والاجتماعي والدراسي وتدل عليه الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل في المقياس يتضمن عدة أبعاد هي : التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي والتوافق الدراسي وفيما يلي عرض تلك الأبعاد:

**أولا :التوافق الشخصي:**

إن المقصود بالتوافق الشخصي هو تلك المجموعة من التفاعلات التي يقوم الفرد بإتيانها في تصرفاته المختلفة مع الغير والتي تدل على اعتماده علي نفسه وشعوره بالحرية في توجيه و توجيه سلوكه وإحساسه بقيمته الذاتية وتحرره من الميول الانعزالية والخلو من الأمراض العصابية بالإضافة لشعوره بالأمن النفسي .

ويدل التوافق الشخصي علي أن الفرد يكون راضيا عن نفسه ،غير كاره لها أو ناقم عليها أو عديم الثقة في نفسه إذ تتسم حياته بالخلو من التوترات المقترنة بمشاعر الذنب والقلق ( سيد مرسي :1985،132)0ومن ثم فان التوافق الشخصي لدي الصم يدل علية مجموعة استجابات يشير إلى شعوره بالأمن الشخصي واعتماده علي نفسه وإحساسه بقيمته نتيجة تقدير الآخرين له ، وحريته في اختيار أصدقائه وإحساسه بالحب المتبادل بينه وبين الآخرين (أفراد أسرته وأصدقائه ) والتحرر من الانعزالية ( عاطف الأقرع :92،1999).

ويوصف بأنه تحقيق الفرد للسعادة مع النفس والرضا عن النفس وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية ، والعضوية والفسيولوجية والثانوية والمكتسبة ، ويعبر عنه "بسلم داخلي " حيث يقل الصراع الداخلي مع التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة( حامد زهران :27،1997).

ويعرف الباحث التوافق الشخصي لذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا) بأنه تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الشخصي والممثل في: تقبله لإعاقته ، ويبدو ذلك في المشاركة مع الغير وعدم الانعزالية ، وقلة الميول الأنسحابية ، وقلة الانحرافات النفسية ( الأعراض العصابية ) كالقلق والاكتئاب ، والرضا عن الآخرين ( تقدير الآخرين) ، و اتخاذه لأهداف واقعية . وتشتمل أبعاد التوافق الشخصي على ما يلي : تقبل الإعاقة. المشاركة وعدم الانعزالية. قلة الميول الانسحابية، وقلة الانحرافات النفسية للأصم (الأعراض العصابية) كالقلق ، والاكتئاب، والرضا عن الآخرين(تقدير الآخرين) ، وشعور الأصم بالراحة النفسية، وشعور الأصم بالحرية الذاتية كاختيار ( ملابسة – أو أصدقائه ).

**ثانيا – التوافق الاجتماعي:**

يشار للتوافق الاجتماعي بكونه مجموعة من الاستجابات المختلفة والتي تدل علي شعور الفرد بالآمن الاجتماعي وتحس من خلال علاقات الفرد الاجتماعية وتمنعه بالمهارات الاجتماعية المختلفة وتحرره من الميول المضادة للمجتمع والعلاقات الأسرية الطيبة والإيجابية في محيط البيئة المحلية والمدرسية وقدرته علي اكتساب المعايير الاجتماعية المقبولة (عطية هنا : 6،1965)0

ويضاف إلى ذلك بكونه يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ، ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي ، وتقبل التغير الاجتماعي السليم وتعديل القيم ،والعمل لخير الجماعة ( حامد زهران :35،1980) .

ويتضح مفهوم التوافق الاجتماعي من خلال وصفه بأنه تعلم كيفيه بناء علاقة مقبولة بين الفرد وبيئته الاجتماعية : كالأسرة والمجتمع ومن ثم تعلم الأنماط السلوكية المقبولة ولفظ غير المقبولة في مواقف اجتماعية معينة (عادل عز الدين الاشول :880،1987).

ويشار للتوافق النفسي لدي الصم بأنه مجموعة الاستجابات الدالة علي شعور الأصم بالآمن الاجتماعي ويظهر ذلك في اتفاق رغباته مع رغبات الجماعة وأحكامها ومساعدة الآخرين في ضوء قدراته وإمكاناته ،وعدم الميل للتشاحن مع الآخرين أو تدمير الممتلكات ،واتسام علاقته مع أسرته وجيرانه بالتفهم والتقدير ( عاطف الأقرع: 1999، 92).

ويتضمن التوافق الاجتماعي السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة بما يؤدي لتحقيق الصحة الاجتماعية (حامد زهران :27،1997).

ويعرف الباحث التوافق الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا ): بأنة تلك الاستجابات التي تدل علي شعورهم بالرضا الاجتماعي والممثل في : التواصل الإيجابي مع الغير ، و إتقان المهارات الاجتماعية ( كالتعاون والمساعدة والصداقة ) ، والتفاعل الإيجابي مع الأسرة – الجيران – الأقارب ، وقلة الميول المضادة للمجتمع، واتفاق رغباته مع رغبات الجماعة ، والأبعاد المقترحة تتمثل في :تواصل الطفل ذي الإعاقة السمعية مع الغير ، وإتقان الطفل ذي الإعاقة السمعية للمهارات الاجتماعية( كالتعاون والمساعدة والصداقة) ، والتفاعل الإيجابي الطفل ذي الإعاقة السمعية مع الأسرة ، وقلة الميول المضادة للمجتمع من قبل الطفل ذي الإعاقة السمعية،واتفاق رغباته مع رغبات الجماعة ،والتفاعل الإيجابي له مع المعلم والأقران واحترام الطفل ذي الإعاقة السمعية لأراء ورغبات الجماعة.

### ثالثا – التوافق الدراسي:

يشار لمفهوم التوافق الدراسي بأهم خبرة في حياة الفرد وهي خبرة دخوله المدرسة ،وبقدر تعلق الطفل بالأم والبيئة والأب والاخوة وقدرته علي توسيع علاقات خارج البيت في السن قبل مرحلة دخوله المدرسة ثم استقبال المدرسة له – معلمين وزملاء – بقدر ما يكون توافقه المبدئي أو عدم توافقه ،ولذا ينظر الطفل للمعلم علي انه بديل للأب فيتوقع منه ما كان يتوقعه من أبيه من اهتمام به وإصغاء له أي ينشر العطف والتقبل والمساعدة وكذلك إن يكون المعلم ذو صفات إنسانية : حنون ، مرح ،طبيعي ، معتدل المزاج وذو صفات نظامية : منصف ، ثابت ، محترم ،وان يكون شكله ومظهرة أنيق الهندام حسن الصوت جذب بصفة عامة بوصفات مهنية : مشجع ومعين ديمقراطي متحمس وهذا يعطي توافق إيجابي للطفل إذ إن ذلك الطفل يتأثر بعلاقته بالمعلم وكذلك بأقرانه في المدرسة . ويعرف الباحث التوافق الدراسي لذوي الإعاقة السمعية ( إجرائيا ) : بأنة تلك الاستجابات التي تدل علي شعور ذي الإعاقة السمعية بالرضا الدراسي والممثل في : تقبل المدرسة والمواد الدراسية والمعلم و إدارة المدرسة وزملاء الفصل وراية في المعلم، ومن تلك الأبعاد : اتجاه الأصم نحو المدرسة ، واتجاه الأصم نحو المواد الدراسية ، اتجاه الأصم نحو المعلم ، واتجاه الأصم نحو إدارة المدرسة ، واتجاه الأصم نحو زملاء الفصل ، واتجاه الأصم نحو الرضا عن الدراسة 0

### العوامل التي تساعد علي التوافق المدرسي :

**1-تهيئة الغرض Opportunity :**

وهي تلك اللازم للاستفادة من التعليم بأكبر قدر ممكن مع عدالة الفرض وتكافؤها 0أي إعطاء كل تلميذ ما يحتاجه منها حسب طاقته وقدراته 0

**2-الكشف عن قدرات التلاميذ :**

وذلك من خلال اختبارات الذكاء والتحصيل الدراسي والمهارات 0

**3-إثارة الدوافع Motivation :**

مثل الحث علي التعلم وإثارة الهمة للإقبال علي الدرس .

**4-إرساء قواعد النظام Disciple :**

في المدرسة ومن أمثلة ذلك تشجيع مكافأة المتميزين ومعاقبة المهملين والمخطئين0

**5- الموازنة:**

بين ما تعطيه المدرسة من معلومات دراسية وواجبات وتحصيل وبين ما يصقل قدرات التلاميذ علي أداء ذلك وتقبله إلى الموازنة بين المقررات والقدرات 0

**6- إثارة التنافس Competition والتسابق Racing :**

بين التلاميذ بما يدفع إلى الغيرة الدراسية والاهتمام ( كمال دسوقي:1985،229-235)0

## سوء التوافق في المدرسة :

إن أدراك الطفل لخبرة الذهاب إلى المدرسة علي أنها انفصال عن الوالدين والخضوع لنظم وضعتها جماعة غير الأسرة مع سوء التوافق النفسي للمربي نفسه وممارسة التهديد والعنف والنقد السلبي أو التوبيخ يؤدي ذلك كله للتمهيد بسوء التوافق المدرسي لدي الطفل ، في حين " أن المشاركة في اوجه نشاط الجماعة المدرسة بفاعلية و إسهام المدرسة بمن فيها في نمو شخصية الطفل في كافة النواحي وارتفاع قدراته وإقباله علي الدراسة من شانه إن يؤدي إلى تحقيق التوافق الدراسي له " ( حامد زهران :124،1997)0

## التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية :

إن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في محاولتهم لتحقيق التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " قد يستخدمون أساليب توافقية متباينة وذلك عندما يصدمون بالصعوبات التواصلية مع أقرانهم ذوي الإعاقة السمعية أو مع عادي السمع وذلك في المواقف التفاعلية المختلفة للحياة ، وتلك الأساليب التوافقية قد تكون : مواجهه غير مباشرة للعقبة أو المشكلة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال وذلك من خلال إيجاد سلوك بديل إيجابي من وجهة نظر ذلك الطفل ويلجأ إلى ذلك السلوك عندما يصعب علية مواجهة المشكلة مباشرة إذ أن شعوره بعدم القدرة علي المواجهة والفشل إزاء تحقيق هدف ما أو التغلب علي مشكلة ما يجعله يلجأ إلى بذل طاقة اكثر في مجال أخر يشعر خلاله أن يحقق فيه ذاته ولذا تتسم تلك الطاقة بأنها نشاط من قبيل الحيل الدفاعية في محاولة للتملص من المواجهة الواقعية للمشكلة الأمر الذي يؤدي لإحداث ضعفا اكثر في قدرة الفرد علي مواجهه المشكلة الحالية التي تعتريه ، ويتسم ذلك الأسلوب " بالتقهقر والتراجع" ولذا يطلق علية التوافق السلبي أي النكوص والارتداد .

أما السلوك الذي يعتمد علي المواجهة المباشرة للمشكلة ومواجهتها فان ذلك يقوي الأنا لديه ويدعم استعداده لمواجهة المشكلات التالية التي يمكن أن تعتريه ويدعم قوته الداخلية ويقوي شخصيته ويقلل من اتحاد الهي والانا العليا أمام الأنا ويتسم ذلك الأسلوب " بالمواجهة والتقدم " ولذا يطلق علية التوافق الإيجابي .

**رابعاً : السيكودراما**

**مقـدمة : -**

على الرغم من أن أصول السيكودراما ترجع إلى عام 1911 في فيينا على يد " مورينو " Moreno مبتكر قواعد هذا الأسلوب العلاجي الذي طوره وأستخدمه كنظرية أدائية وكطريقة لفهم وحل المشكلات على نطاق واسع ، إلا أن أصول استخدام السيكودراما ترجع إلى آلاف السنين قبل ذلك عندما أخبر عالم الأجناس الشهير " اجنسكى" Aginsky انه شاهد فى قرية من القرى الهنود الحمر بالولايات المتحدة الأمريكية تسمى "البومو" Poma Indians موقفاً يشبه تماماً ما يحدث في السيكودراما التي يقوم بها " مورينو " – الذي يعد بحق أبا للسيكودراما فى مرحلة التفنين والاستخدام القصدي – منذ بداية القرن العشرين ، وفى بداية السيكودراما كانت تدور حول قصة فعلية تدور حول جزء من حياة البطل وكان دور المخرج في البداية تسهيل عملية الإخراج قد وجد " مورينو " أن كلا من المرضى والمشاهدين قد اكتسبوا تفريغاً وتنفيساً لمشاعرهم الداخلية أثناء الأداء المسرحي التلقائي ويستخدم ذلك كطريقه علاجية لتغيير وتعديل سلوكيات الأفراد من خلال أتاحه الفرصة لهم للتمثيل الحقيقي لصراعاتهم وأحاسيسهم ومشاعرهم ( عبد الرحمن سليمان : 1999 ، 156 ؛ Karp M. et al . : 1998 , 15 ؛ حسين عبد القادر : 1974، 173 ؛ , 526 Davisan & Neale : 1978).

**أولاً :- مفهوم السيكودراما : -** Psychodrama

تتباين الآراء في تناول السيكودراما وذلك تبعاً للمفاهيم التالية :-

**1- السيكودارما : تنفيس انفعالي واستبصار ذاتي : -**

إذ يرى " مورينو " Moreno مبتكر السيكودراما أنها العلم الذي يكشف الستار عن الحقائق النفسية من خلال الطرق الدرامية ، ولذا فانه من خلال السيكودراما يصل المريض إلى درجة الاستبصار لسلوكياته ويمكنه ذلك من تعديل الأنماط السلوكية غير الملائمة من خلال التمثيل التلقائي لمواقف من حياتهم ( Harriman : 1968 , 601؛ Moreno : 1975 , 102 ). ويميزها كونها أحد أنواع العلاج الجمعي الذي تتحول عدد المرضى فيها ما بين ( 5 - 15) فرداً ، يلعبون أدواراً تمثيلية تعبر عن مشكلة خاصة أو جماعية إذ يتم من خلال ذلك التعرف على التاريخ المرضى للمرضى وبذلك يحدث لهم تنفيس انفعالي (أحمد عكاشة 1980 ، 124 ). وتؤدى السيكودراما إلى زوال سيطرة المشكلة التي كان يعانى منها المريض وحدث لها تنفيس أدى إلى زوالها ( محمد أبو الخير : 1988 ، 37 ) .

ولذا يفسر " جولدنسون "(1984) Goldenson ذلك بأن السيكودراما تحدث للمريض استبصاراً بذاته وتعديل لبعض أنماط سلوكياته غير الملائمة وذلك بالأداء التلقائي لبعض مواقف الحياة ( Goldenson : 1984 , 385 ) . وتعرفها إجلال سرى (1990 ، 133 - 135 ) بأنها تصوير تمثيلي مسرحي

لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي إلا أنها ترى أن السيكودراما تعد بمثابة أسلوب للعلاج النفسي الجماعي وتتطلب أن تضم ما بين ( 5–8 ) أفراد وليستوجب ذلك تقاربهم في المستوى التعليمي والطبقة الاجتماعية . ويطلق عليها أداة العلاج النفسي إذ يطلب خلالها من المرضى تجسيد بعض الأدوار التي تدور حول أنفسهم أو علاقاتهم مع الآخرين وذلك أمام مجموعه من الأفراد الأمر الذي يؤدى إلى استبصارهم بصراعاتهم الداخلية(Sutherland:1996,590 ).وتوصف بأنها تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي واستبصار ذاتي في موقف جماعي ، يتيح للطفل الفرصة في أن يعبر عن الدوافع والصراعات والاحباطات التي تقربه من التعرف على ذاته(سهير كامل: 1999، 31 ).

ويتفق في ذلك خالد أبو الفتوح ( 32،1999 ) بكونها تمثيل نفسي للمشكلات النفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي ، وتدور القصة حول خبرات العميل الماضية والحاضرة ويؤلفها العملاء مسبقاً أو تلقائياً حسب ما يقتضيه الموقف.

**2– السيكودارما : أسلوب للتشخيص والعلاج الجمعي والإرشاد النفسي :–**

وتعرف بأنها أسلوب علاجي يقوم فيه المريض بأداء بعض الأدوار التلقائية التي تدور حول حياته ومشكلاته وذلك أمام أفراد آخرين وغالباً ما تقوم على مسرح علاجي ( Hinisie & Campbell : 1977, 610- 611 ).

ويرى " برونو " ( 1986 ) Bruno أن السيكودراما أسلوب طوره مورينو واستخدمه في التشخيص والعلاج الجماعي وفية يقوم المريض بأداء يجسد مشاعره وانفعالاته في وجود مرضى آخرون والمعالج بهدف التعرف على صراعاته الاجتماعية والشخصية ( Bruno:1986 , 102 ). ويصفها عبد الستار إبراهيم ( 1998 ،268) بأنها منهج من مناهج العلاج الجمعي يعتمد على ممارسة الأدوار وتمثيلها داخل الجماعة بتشجيع المرضى على ممارسة الأدوار الهامة ( كدور الأب والابن ) وبالتالي يستطيع المريض أن يكتشف مشكلاته الشخصية وأخطائه أثناء تفاعله مع الآخرين .ويعرفها قاموس التربية الخاصة بأنها إحدى طرق العلاج والإرشاد النفسي يقوم بها المرضي وذلك بتمثيل أدوار معينة تعبر عن مشكلاتهم الشخصية(عبد العزيز الشخص وآخرون : 1992 ، 368 ). وتلقب السيكودراما بالتمثيل النفسي المسرحي أو الإرشاد الجماعي من خلال التمثيليات النفسية وذلك للمشكلات النفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي ( حامد زهران : 1994 ، 328). ويطلق عليها عطية عطية محمد ( 1995 ، 75 ) بأنها إحدى طرق الإرشاد الجماعي باستخدام التمثيل النفسي لمواقف ومشكلات الطلاب داخل المدرسة بوجه عام ، والفصل الدراسي على وجه الخصوص ، وذلك بقصد التنفيس الانفعالي ، ويعرفها أيمن المحمدي ( 9،1998 ) بأنها وسيلة من وسائل الإرشاد النفسي الجماعي يقوم فيها الطفل بلعب دور يرتبط بالواقع بصورة تلقائية بدون نص مكتوب.

ويري " كوري " ( 213،2000 ) Coreyأن السيكودراما أحد أنواع العلاج الجماعي يقوم فيها المريض بتجسيد بعض المواقف الحياتية التي تدور حول الماضي والحاضر والمستقبل وذلك في محاولة لفهم أعمق لمشكلاته.

**3- السيكودراما : أسلوب إسقاطي :-**

ويصف "وولمان " ( 1973 ) Wolman السيكودراما بذلك الأسلوب الإسقاطى الذي يطلب فيه من المريض أن يعبر من خلال التمثيل عن مواقف ذات مغزى في حياته وذلك بمساعدة بعض الأفراد الذين يقومون بدور الانوات المساعدة وفى وجود المعالج والجهود ( Wolman : 1973 , 295 ). ويضيف عبد الباسط خضر ( 1990 ، 298 ) بأنها موقف إسقاطي يلعب من خلاله الفرد دوراً تلقائياً في سباق تمثيلي .أما حسين عبد القادر وآخرون( 1994، 117 ) فيصفها بأداة إسقاطية في تصميمها كواحدة من تشكيلة تبانيات لا يتخذها النمط الكيفي الواحد لكل العلاقات النفسية في متصل يمضى من الأعمال اللاشعورية للفرد إلى أفعال الصريحة مع الآخرين وبينهم. ويشير الباحث : إلى كونها أسلوب من الأساليب الاسقاطية والتي تتمثل في قيام الفرد بالأداء والتشخيص الحر التلقائي والارتجالي لادوار يعيشها في حياته ويظهر من خلال أدائه لها علاقاته بالآخرين وصراعاته وانفعالاته الداخلية.

**4-السيكودراما: أداء ارتجالي تلقائي من خلال عرض درامي :-**

إذ تعرف بأنها أداء ارتجالي يقوم به المريض أو العميل لبعض الأدوار والأحداث الدرامية بهدف إظهار أنماط العلاقة الاجتماعية في حياة ا لمريض حيث يطلب منه أداء الدور كما يجب أن يؤديه في الواقع ( English H . & English A. : 1958 , 418 ) . ويرتكز " ايزنك " ( 1972 ) Eysenk إلى كون السيكودراما عرض درامي لمواقف أو أزمات أو صراعات شخصية أو عامه لأغراض تشخيصية أو علاجية بالإضافة للتدريب على السلوك المقبول ويتم ذلك من خلال تقمص كلاً منهم لدور معين وتباح لهم أثناء ذلك قدر كبير من الحرية في التعبير عن ذواتهم( Eysenk : 1972 , 64 ). ويتم من خلال هذا القدر من الحرية والتلقائية حمل المرضى النفسيين على تمثيل الأوضاع الخاصة بصعوباتهم ومشكلاتهم( فاخر عاقل: 1971 ،90 ) .

وتوصف بكونها أسلوب تتغير من خلاله الأنماط السلوكية الخطأ عن طريق التمثيل التلقائي لمواقف الحياة ، وهذه الطريقة تقوم على مسلمة مفادها أن تمثيل الدور يتيح للشخص التعبير عن الانفعالات التي تشقيه وأن يواجه الصراعات العميقة في بيئة محمية نسبياً في المرحلة العلاجية ( جابر عبد الحميد ،علاء كفافى : 1993 ، 118 ) .

**5-السيكودراما : أسلوب لحل المشكلات :**

إذ يصفها " ستار " ( 1977 ) بأنها نوف من التمثيل يتم لمساعدة المريض فى حل مشكلاته من خلال ما يقدمه له الموجه من مساعده ويقوم المريض بتجسيد المواقف أو العلاقات التي تمثل بالنسبة له سبباً لاضطراباته السلوكية ( Starr : 1977 , 75 ) . ويشير الباحث : إلى كون السيكودراما تنحو إلى قيادة الفرد لحل المشكلات بفعالية وذلك بالعمل على إحضارها إلى حيز الواقع الحالي والعمل على تحليلها والتعامل معها في الحاضر على الرغم من كونها رواسب من الماضي .

**أهمية العلاج بالسيكودراما :-**

تتعدد أهمية العلاج باستخدام السيكودراما وبصفة خاصة للمرضى الذي يصعب الاتصال اللفظي معهم ؛إذ تقوم بتدريبهم على مواجهه مواقف واقعية يخافون مواجهتها ، الأمر الذي يشعرهم بقدرتهم على فهم الآخرين ومشاركتهم ومتابعتهم ومن ثم يفيد ذلك في تنمية قدراتهم على التعبير عن دواتهم وتنميه ثقتهم بأنفسهم ( حامد زهران : 1994 ،318 – 319 ) .

ويبرز " مورينو " Moreno الهدف الاسمي لهذا النوع من العلاجات والذي يمكن في الاستبصار بالواقع إذ أن ممارسة المريض لبعض الأدوار تساعد على اكتشاف مشكلاته الشخصية وأخطأ أثناء تفاعله مع الآخرين ومن ثم يفيد ذلك في حل صراعات وتخلصه من القلق والإحباط وذلك يتم من خلال مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية بما يؤدى إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية (Davison & Neale : 1978 , 526 ؛ عبد الستار إبراهيم : 1994 ، 31 ؛ إجلال سرى : 1990 ، 132 – 134 ).

وتظهر كيفية حدوث التفريغ الانفعالي في السيكودراما من خلال التمثيل يتقمص الطفل لأدوار الكبار حيث أن الطفل الذي يعاقبه الكبار بالضرب يعجز عن الرد على ذلك فإنه من خلال السيكودراما يمارس الضرب والعقاب بنفس الطريقة التي كان يوجهها الكبار له وفى هذه الحالة تصبح السيكودراما أداة تعويض يستثمرها الطفل لصالحة وذلك للقيام بما لا يتمكن من القيام به في الواقع حيث يخرج الكتب من داخله وينسب إحباطا ته إلى غيرة من أدوار المسرحية فيعمل ذلك على تحسين تكيفه مع نفسه ومع الآخرين ، ولذا فإن السيكودراما كعلاج جماعي ترتكز على شبكة العلاقات البينشخصية إذ ينظر للفرد باعتباره عضواً في جماعه أو جزء من كيان اكبر وليس وحدة مستقلة ولهذا يتم من خلالها علاج مجموعه من المرضى في وقت واحد ، فالفرد لا يتحدث عن خبراته السابقة ولا يحكمها فتشعره بأنه سوف يتعامل مع الموقف بالطريقة التي يرغبها وليس بما تملية علية ظروف الواقع كما حدث من قبل ( عفاف اللبابيدي وعبد الكريم الخلايلة :1993 ، 115 ، أسماء غريب : 1994 ، 19 ، 20 ) . وفى إطار ذلك التنفيس الانفعالي تهيئ السيكودراما فرصة انفتاح المريض على زملائه وتعاطفه مع مشكلاتهم وخروجه من وحدته واتصاله الفعلي بالآخرين(صموئيل مفاريوس : د. ب ، 176–177) .

وكذا تتيح له تركيزاً داخلياً نشطاً يؤدى إلي استكشاف وتجربة سلوكيات بديلة ( Swink D.f. : 1985 , 262) .وأيضا تعطي السيكودراما الفرصة لاستخدام الإسقاط كميكانيزم دفاعي له دور كبير في العملية العلاجية ، فضلاً عن كونها غنية بالفنيات التي تلائم كافة المستويات التعليمية والثقافية وصلاحيتها لعلاج العديد من الاضطرابات ، بالإضافة لانفرادها بعملية التهيئة وبذلك يمكن تمثيل الأدوار من خلال فنياتها بصورة صامته مجسدة للآخرين ، وكذا تساهم فى طرح العديد من الحلول الواقعية لمشكلات العملاء( عبد الرحمن سليمان : 1999 ، 206 ) .

ويري الباحث : أن السيكودراما تعتمد على لغة الأداء الجسمي التي تفهم من قبل الآخرين بسهولة ويسر فهي تشبه البانوميم Pantomime ، والذي يعتمد على الأداء التواصلي التعبيري من خلال الحركات التعبيرية للجسم كله ومن ثم تصل إلى الآخرين بفاعلية .

**أدوات السيكودراما :**

تتمحور أدوات الجلسة السيكودرامية عند " مورينو " من خمسة عناصر أساسية هي : البطل والمرشد أو المخرج والجماعة والانوات المساعدة وخشبه المسرح ويتضح ذلك فيما يلي :-

**أولاً البطل The protagonist**

إذ يعد البطل هو أحد المرضى ولذا يجب أن يتدرج أولا في القيام بالأدوار المليئة التي لا يخشى من تأثيرها الانفعالي علية و أن يسلك في أدائه بحرية ويعبر استغراقاً تاماً وكذلك محاولته تجميع وابتكار المشاهد ، تلك التي تعطى أبعاد المشكلة في الحاضر ورؤيتها وكأنها في الماضي ومحاولة حلها من خلال لعب الدور ( حامد زهران : 1977،317؛ Palmer et al. :1996 , 168 ) .

**وظيفة البطل :**

وتكمن وظيفة البطل هي تعليم زملائه المرضى كيفية أداء أدوارهم من خلال إعطائهم خلفية عن أدوار الشخصيات الأخرى ومشاعرهم ، والبطل ( المريض ) يطلب من المخرج أن يتعامل مع الناس بماضيهم كشخصيات رمزية في الحاضر وكذلك التركيز الوقتي والمكاني يدفع المشاعر للتعبير التلقائي ويعمل البطل بفهم جديد للعلاقة بينة وبين أناس لهم مغزى ودلاله في ماضيهم ، وقد يطلب منه تمثيل دور خيالي مختلف كدور المدير ، ولكن تلك الأدوار ليس مكتوبة أي يتم أدائها ارتجاليا ويستطيع من خلالها تصوير عالمة الخاص به(Corey :1983,178-179 ؛ لويس مليكه : 1989 ، 100 -101 ؛ karp M . et al. : 1998 ,5 ) .

**ثانياً : المخرج والمرشد The Director:**

ويعد المخرج أو المرشد هو قائد المجموعة السيكودرامية إذ يساعد في توجيه الأداء التمثيلي ، ولذا فإنه منوط بأداء بعض المهام .

**مهام المخرج أو المرشد:**

وتتمحور تلك المهام فيما يلي :-

- بناء العمل الجماعي في إطار مشترك يتناسب مع مناخ المجموعة .
- إيقاظ الحدث التمثيلي والتعامل مع أعضاء المجموعة العلاجية .
- لعب أكثر من دور في العملية السيكودراميه إذ انه منتج وعامل مساعد وملاحظ في العملية السيكودرامية وكذا يختار البطل ( المريض ) ويحدث الفنيات السيكودرامية الملائمة للمجموعة العلاجية
- يساعد البطل ( المريض) في تطوير المشهد السيكودرامي والتعبير الحر عن مشاعره .
- خلق جواً ملائماً وبناء تلاحم بين أفراد المجموعة السيكودرامية .
- يقوم بالأعداد الجيد لأداء والمكان أو خشبه المسرح .
- لفت الانتباه إلى الأحداث التي يؤديها أفراد الجماعة ومحاولة اشتراك آخرين في السيكودراما .
- يساعد الانوات المساعدة على القيام بدورها .
- يحدد وقت ومكان المشهد أو الجلسة .
- يمنح البطل ( المريض ) الفرصة الكاملة لإظهار التلقائية والتنفيس spontaneity & catharsis .
- يساعد المجموعة على التغذية الراجعة .

–يقوم بعملية إغلاق الجلسة بهدف خلق تكامل للمادة الممثلة في الجلسة لدى البطل والمجموعة مع تحديده لأنماط القضايا الأساسية في الأداء التمثيلي في بداية الجلسات ( Palmer et al . : 1996, 166-178؛ Corey : 1983 , 177 ; karp M. et al. : 1998,8-9 ) .

**خصائص المخرج الجيد :**

يتسم المخرج الجيد بخصائص عده منها :

- أن يكون ذو طاقة انفعالية ، مرناً ، متواضعاً ، أميناً ، شجاعاً إذ يفعل ما يعتقد أنه صواب بحماس ، مع اتسامه بالشفقة وروح الدعابة والمرح والصبر .
- أن يكون لدية حب استطلاع وقدره على التخيل والاستمتاع بالآذن الثالثة أي التعرف علي ما لم يتم الإشارة إليه وقولة في الجلسة .
- أن يدرك متي ينهي الأداء التمثيلي بنهاية سعيدة ، وكذلك أن تكون لدية القدرة علي إيقاف البطل ( المريض ) وأعادته للأداء مرة ثانية ( karp M . et at . : 1998 : 155 - 156 ).

**ثالثاً : الجماعة The group**

ويقصد بهم مجموعة المشاهدين أو الحاضرين في الجلسة السيكودرامية ومن ثم يمثلون الرأي العام بالنسبة للبطل غذ أن استجابة المجموعة وتعليقاتها تعكس مدى قبول أو رفض ما يصدر عن البطل من أداء تمثيلي ( Moreno : 1975 , 105 ).

وتتباين الآراء في عدد المجموعة السيكودرامية إذ يري أحمد هاشم ( 1980 , 124 ) أن العدد المناسب يتراوح ما بين 5–15 فرداً .بينما تري إجلال سري( 1990 ، 133 ) أن العدد الأمثل يتراوح ما بين 3–15 فرداً وتري كارب وآخرين karp M. et al ( 1998 ، 6 )أن العدد للمجموعة السيكودرامية يتراوح ما بين 5–50 فرداً ، وهناك مجموعه تبلغ ثلاثة أفراداً فقط إذ يقع العبء الأكبر علي المخرج أو المرشد الذي يطلب منه إيجاد جو من الألفة بين أفراد المجموعة .

**وظيفة الجماعة :**

وتمكن وظيفة المجموعة في قيمتها الفعالة في التغذية الراجعة إلى نظراً لكون المشهد الادائي يتبعه مناقشة تشمل المجموعة كلها وإمداد المجموعة البطل بالتغذية الراجعة والتي تتم من خلال تقديمها طرقاً بديلة للتعامل مع الموقف وكذا إعطاء حلول أو تفسيرات أو ربما نقد للموقف التقسيمى ومن ثم فإنه تتنوع ردود أفعال المجموعة الأمر الذي يساعد البطل علي فهم التأثير الذي أحدثه الآخرين، وبالتالي فإنهم يسمون بتلك الطرق المختلفة إذا لم يشتركوا في الجلسة السيكودرامية كأبطال وقد يتعاطفون مع البطل أثناء قيامهم بأدوار الشخصيات المساعدة (Corey : 2000 : 225 ; Corey :1983,180) .

**رابعاً : الانوات المساعدة : The Auxiliary Ego**

ويشار بها للشخصيات المساعدة تلك التي تقوم بالمساعدة في تجهيز الموقف ، وتمثل امتداد لدور المخرج في الموقف السيكودرامي إذ أن الأنا المساعد يتمثل في أي شخص ضمن المجموعة يقوم بتجسيد الدور المهم في حياة البطل كأن يكون عضواً من أعضاء الأسرة كدور الأب أو الأم أو صديقاً في العمل وبذلك يكون الدور خارجياً للبطل ، أو أن يكون ذات الفرد الخائفة أو ذات الطفل أو صوته الداخلي وبذلك يكون الدور داخلياً ( أيمن المحمدي : 2001 ، 56 ؛ عبد الرحمن سليمان : 1999 ، 194 ؛

karp M et al .: 1998 ,8-9 ). ويراعي عند اختيار التشابه بينهما وبين الذي سوف تلعبه في حياة المريض ، إذ أنهم في تلك الحالة يمثلون الأعضاء الغائبين في شبكة العلاقات الشخصية للبطل( Greenberg : 1983 , 25 ;لويس مليكة 1989 ، 101) .

**وظائف الانوات المساعدة :**

وتتحدد وظائف الانوات المساعدة فيما يلي :-

- تجسيد علاقات البطل وتفاعلاته مع الآخرين عن طريق التمثيل .
- البحث في علاقاته وتفاعلاته مع المحيطين به وأقربائه .
- تحفز البطل لكي يتمكن من أداء دورة بفاعلية .
- تقديم الإرشاد العلاجي لكي يستطيع البطل تطوير علاقاته(Corey : 2000 , 224 ).

ويضيف " بلا تنر " Blather (1983،179 )وظيفة أخري للشخصيات المساعدة ألا وهي تشجيع البطل لكي ينشغل في شيء أعمق في الزمان والمكان الدرامي للوصول لطريقة فعاله في العلاج السيكودرامي .

**خامساً خشبه المسرح** The stage

وتركز خشبه المسرح للمكان الذي يعاد فيه إنتاج حياه البطل ، فالبناء المكاني الذي يشبه الواقع يساعد علي إيقاظ وإنتاج المشاعر المرتبطة بهذا المكان ، وكما هو في الحياة فإن الواقع يختلط بالأوهام ويفضل أن يكون ذلك المكان دائرياً يحيط به الجمهور ، فمسرح " مورينو " يعكس مبدأ التلقائية إذ أنه مسرح بلا ستائر وبلا كواليس ومرتب علي شكل دوائر ثلاث تحيط بالدائرة الخارجية الكبرى بالدائرتين الداخليتين وتنخفض عنهما إلى ما يكاد يقترب من مستوي الأرض (karp M . et , 18 al . : 1998. ؛ Palmer et al . , 5 : 1996 , 169 ) .

ويري " مورينو : أن خشبه المسرح ليست ضرورية فمن الإمكان إجراء الجلسة السيكودرامية في أي مكان يوجد به العملاء كالمستشفي أو المدرسة أو حجرة المنزل إلا أن خشبه المسرح تساعد علي خلق الجو المناسب للتفاعل في هذه الجلسة (Moreno : 1975 , 38 -39, ). ومن الأفضل أن يتخذ المسرح شكلاً مستديراً حتى يسمح بالحركة بحرية ومرونة في الأداء ويتفق كلاً من حسين عبد القادر وحسين سعد الدين ( 1994 ، 123 ) مع مورينو على كون أن السيكودراما يمكن أن تقدم في أي مكان .

**مراحل العملية العلاجية السيكودراميه :-** The phases of psychodrama Treatment

تتفرع السيكودراما إلي أربعة مراحل تتضح فيما يلي :-

**المرحلة الأولى التهيئة أو الإحماء** The warm- up

ويقصد بها تهيئة المجموعة للجلسات السيكودرامية التالية بهدف تشجيعهم وإزالة الرهبة لديهم وكذلك تكوين علاقات دافئة وحميمة بينهم وبين بعضهم من جهة وبين المخرج من جهة أخري ، ومن ثم تعتبر تلك السيكودرامية أن يبدي الحقائق الخاصة به وبأفكاره التي لا يجوز له أن يعبر عنها ، وكذا إتاحة المناخ المناسب لظهور القدرات الإبداعية ، وفي هذه المرحلة يتم طرح أو اختيار فكرة أو موضوع وللتعبير عنه تلقائياً في المرحلة التالية(عبد الرحمن سليمان : 1999 ، 176 ؛ Palmer et al : 1996 , 170 ).

**أهدافها : -**

وتهدف مرحلة التهيئة كما يشير " بلا تنر " Platner إلى مساعده أعضاء الجماعة علي الأداء التلقائي الذي لابد أن يحتوي علي : الإحساس بالثقة وإشاعة جو من الأمن النفسي ، وأن تسمح معايير الجماعة بالتعبير عن العواطف ، وكذلك ضرورة أن تشتمل علي عنصر التسلية مع الاستعداد للاستكشاف والانكشاف في سلوك جديد ، وأخيراً يلزم تهيئة المخرج نفسه كعامل رئيسي في خلق جو يشجع السلوك التلقائي(؛ Corey : 2000 , 227 ) .

**أهميتها :**

تنبع أهمية مرحلة التهيئة كعامل مهم لخلق مناخ مشجع علي السلوك التلقائي من جانب الجماعة ، فمن خلال تلك المرحلة يطور المخرج التلقائية عن طريق الإحساس بالدفء والثقة بالنفس وبالجماعة، وكذلك إعداد أعضاء الجماعة المشاركين للخبرة الدرامية ، وهذا الأعداد يشمل الإثارة من أجل تحقيق الأهداف والإحساس بالأمان والثقة في الآخرين ( أيمن المحمدي: 58،2001 ؛ Corey : 2000 , 227 ) .

**طرق التهيئة : -**

وتوجد عده طرق يمكن استخدامها لتهيئة أفراد المجموعة السيكودرامية وهي :

**1- الإحماء الجمعي** Group warm— up:

إذ يدخل أفراد المجموعة إلى مكان الجلسة السيكودرامية ويأخذون أماكنهم ، ويتحدثون في موضوعات متنوعة ومتباينة ويتم من خلال المناقشة إضفاء روح الدعابة والمرح الآمر الذي يحدث جماعياً .

**2- الإحماء الفوري** Immediate warm- up :

ويحدث ذلك في المواقف الطارئة وبهدف تناول مشكلة ما لدي أحد العملاء كحاله طارئة مطلوب تناولها.

**3- الإحماء التسلسلي** The chain warm- up :

ويتم فيه إجراء المخرج أو المرشد لمقابلة شخصية مع شخص واحد إذ يقوم هذا الشخص بدورة بإحماء أو تهيئة بقية المجموعة مثل الفرد الذي يتحدث عن حلم خاص به مثلا ، بينما تقوم بقية المجموعة بالتفكير في أحلامهم .

**4- الإحماء غير المباشر** The Indirect warm- up:

ويقوم فيه المخرج بإجراء مناقشة مع أفراد المجموعة لكي يصل من خلالها إلى المشكلة التي تؤرق معظم أفراد المجموعة (Starr : 1977 : 111- 122 ) .

**5- الإحماء الموجه** Direct warm up- :

إذ توجه الجلسة في تلك العملية من خلال قائدها أو من خلال شخص آخر من داخل المجموعة أو توجه من خلال أفراد المجموعة ككل ويستخدم هذا النمط في السيكودراما التدريبية (عبد الرحمن سليمان : 1999 ،183).

**المرحلة الثانية : الفعل أو الحدث Action**

يراد بها أن يقوم كل من المخرج والبطل – بعد أن تتم عملية التهيئة – بالانتقال نحو الفعل بمعني الدخول إلى قلب العمل أي يحرك كل من البطل والمخرج العمل أو الفعل أو الحدث للأمام من خلال

محور الدراسة ، فالسيكودراما تعني الفعل الداخلي ، ويستخدم المخرج أعضاء المجموعة ليمثلون الانوات المساعدة وكذلك يتم إعداد المسرح علي شكل ثلاث دوائره الخارجية ( Palmer et al . : 1996 , 170 ؛ Metal. karp : 1998 , 10 ).

**إرشادات المرشد أو المخرج خلال مرحلة الفعل أو الحدث السيكودرامي :**

ويتمثل ذلك كما يذكر " هاسكل " ( 1975 ) Haskell فيما يلي :-

- يجب أن يشجع البطل بقدر الإمكان ليدخل في مشاهد تشمل الصراع في العلاقات مع الآخرين
- يجب ربط جميع الأحداث بمبدأ " هنا والآن " فإذا كان الفرد يتعامل مع موقف ما في الماضي ويقول " بعد ذلك أخبرته " لصيغة الماضي فيتدخل المرشد أو المخرج ويقول " أنت تخبره الآن " في المضارع .
- يطلب من البطل أن ينشئ موقفاً بقدر الإمكان بدون الاهتمام بإعادة استدعاء الكلمات المحددة ، ولذلك فلا يحدث تتابع للأحداث .
- يطلب من البطل للحرية في انتقاء الحدث والوقت والمكان والأفراد المشاركين في الموقف أو الحدث .
- يتم تشجيع الأبطال علي التعبير عن أنفسهم إذ يحتاج ذلك من المخرج إلى أخذ بعض الاحتياطات ، فمثلاً عند التعبير عن الغضب رمزياً من خلال الضرب علي المخدع مثلاً .
- وأن يعطي البطل الفرصة في لعب دور فرداً آخر بواسطة فنية " عكس الدور " أو أن يساعده ذلك علي تنمية الفهم وإدراكه وإحساسه بالآخرين من خلال الحدث أو الفعل أو الموقف السيكودرامي( Corey : 2000,228 ; Corsini & Auerbach : 1998 ,696 ;Corey :1983 : 181 ) .

**المرحلة الثالثة : مرحلة المشاركة أو المناقشة** Sharing or discussion

ويشار بها لمرحلة مشاركة أعضاء الجماعة طوال الوقت الأمر الذي يعمل علي تحقيق التنفيس الانفعالي والتكامل إذ أن المشاركة تعني عودة الحب أكثر من كونها تغذية راجعة بمعني أن يتم من خلالها مناقشة الأداء السيكودرامي للبطل ، ويتمثل ذلك في إعطاء الوقت لحدوث عملية التنفيس الانفعالي للمجموعة وللتكامل بين أعضائها ظن ومن ثم يفيد ذلك في الحصول علي عملية التعليم إذ تسمح لأعضاء المجموعة أن يطهروا أنفسهم من الانفعالات ويكتسبوا استبصاراً أعمق لأنفسهم ، وتكمن وظيفة هذه المرحلة في إجراء عملية التهدئة لأفراد المجموعة السيكودرامية وكذلك التعرف علي ردود أفعال وملاحظات المشاركين في الجلسة السيكودرامية ( Karp . M et al . : 1998 , 10 ;Palmer et al : 1996 , 171). ويضيف " بلا تنر " Blatner ثلاث وسائل يستطيع البطل من خلالها استعادة توازنه أثناء ممارسته للسيكودراما وهم :

- تنمية سيطرته علي مشكله أو صراع معين .
- تلقي تأييد أعضاء الجماعة وتدعيمهم له .
- المشاركة في الممارسة السلوكية ( أيمن المحمدي : 2001 ، 60 ) .

**المرحلة الرابعة : ( الإغلاق أو الخاتمة )** **Closure**

تعد عملية الإغلاق أو الخاتمة هامة جداً ، إذ أنها تعطي أعضاء المجموعة شعوراً بالأمان عند مغادرتهم المكان بعد حالة الامتلاء الذهني الذي يشعر به المشاركون ، ويجب كذلك الانتباه إلى حدود وقت الجلسة إذ أنها من الأشياء الهامة بالإضافة لكون إعداد العميل للقيام بعملية الإنهاء والانفصال

والاستقلال عن المعالج بانتهاء الوقت من الأمور الضرورية ، ويتكامل ذلك كله بالاتفاق علي وقت زمني للجلسة مع المرونة فيه إذ رأي الموجة أن هناك مشاركة ومناقشة فعاله للأداء السيكودرامي ( karp . M et al. : 1998,180-181 ؛ عبد الفتاح رجب : 2002 ، 30 ) .

**الإجراءات التي يمكن استخدامها لإنهاء الجلسة :**

وتشمل تلك الإجراءات التالي :

- تلخيص بعض مزايا الجلسة السيكودرامية .
- تكليف أفراد المجموعة السيكودرامية بتطبيق ما تعلموه في الجلسة السيكودرامية في مجال حياتهم اليومية
- الحديث عن مشاعر الانفصال والوداع .
- تقديم مساعدات إضافية للأفراد ( Corey : 2000 , 231 ) .

**أشكال السيكودراما** Psychodrama Forms

يري " مورينو " أن للسيكودراما عده صور هي : -

**1- السيكودراما** Psychodrama

وتركز علي الفرد نظراً لكونه تركيب يتألف من تحليل سيكودرامي ، والدراما تعني " الفعل – الحدث " وتهدف إلى بناء نشيط وفعال لعوالم الفرد وأيديولوجياته الخاصة به .

**2- السوسيودراما** Sociodrama

وتركز علي الجماعة لأنها تركيب يشتمل علي كل من الرفقة أو الصحبة أو المجتمع ولكون السيكودراما تهدف لبناء نشيط فعال للعوالم الاجتماعية والأيدلوجيات الجماعية المرتبطة به .

**3- الفيزيودراما** Physiodrama

وتركز علي الجسم نظراً لكونه مركب الرياضة والسيكودراما ، إذ أن ظروف الأفراد الجسمية قبل وأثناء وبعد الدراما يتم قياسها وهي تعطي مفاتيح تشخيص للتدريب علي المتطلبات والأعداد لإعادة التدريب

**4- الرقص النفسي** Psychodance

ويقصد به الرقص التلقائي ومسرحة النفس مع الدراما النفسية وتركيب معظم الصور الأخرى للفن : كالنحت والطبع والكتابة المبتكرة إذ يفتح ذلك الطريق للحدث أو الفعل وكذلك للطرق الجماعية .

**5 – الموسيقي النفسية** Psychomusic .

ويشار بها للموسيقي النفسية إذ أنها مركب يشتمل علي توليفة للإيقاع الموسيقي التلقائي مع الدراما النفسية .

**6-الهيبودراما** Psychmusis .

وتعني دراما التنويم فهي مركب يشتمل علي التنويم المغناطيسي والدراما النفسية .

**7-الاكسيودراما** Axiodrama

وتشير إلى مسرحية القيم والأخلاقيات وتهدف إلى التعبير بصورة مسرحية عن الفضائل اللانهائية الأبدية : كالعدل والحق والجمال والشفقة ......... الخ .

**8- الصور المتحركة العلاجية** Therapeutic Motion Picture

وتشتمل علي تركيب مكون من الصور المتحركة والدراما النفسية( كمال دسوقي : 167،1990؛ Hinise & Campbell 1970,: 11, ).

**بعض الأطر النظرية المفسرة للسيكودراما**

تستند النظريات المفسرة للسيكودراما إلى أساليب العلاج النفسي الجماعي إذ تقوم علي أداء الأطفال أو المرضي لمجموعة من الأدوار المسرحية وأثناء تمثيلهم لهذه الأدوار يعيدون تاريخ مرضهم ومن ثم يحدث التنفيس الانفعالي ( أحمد عكاشة :0 198 ، 124 ) . وتتضح العلاقة بين السيكودراما ونظريات العلاج الجماعي فيما يلي :

**أولا : السيكودراما ونظرية التحليل النفسي :**

ينطلق العلاج الجمعي التحليلي في إطار أن سلوك الأفراد في الجماعة هو سلوك ظاهري يخفي أشياء أعمق بالإضافة لكون السلوك الملاحظ بين الأعضاء في الجماعة ما هو إلا تعبير عن ظاهرة الطرح ؛ إذ يرتبط كذلك بدوافع لا شعورية وبأمور خاصة بالنمو النفسي جنسي ومن ثم تمكن الإجابة عن هذه الأسئلة في مهمة المعالج أو الموجة وهو أحد العناصر الأساسية في السيكودراما ؛ كما يقوم كل من المحلل والمريض بتكملة دور الآخر وكلمة الدور هي طبيعة السيكودراما وأساسها ( لطفي فطيم : 1993 ، 140 ؛ حسين عبد القادر 1974 ، 229 ) .

ومن ثم فإن المبدأ الأساسي في السيكودراما لدي " مورينو " هو : التلقائية إذ لا يوجد سيناريو مكتوب ولا أعداد للمشاهد ولا تحدد موضوعات أو توزع دوراً قبل الجلسة السيكودرامية إنما الأداء ارتجالي يشترك فيه جميع الحاضرين سواء كانوا مرضي أو من ذويهم أو من الفريق العلاجي ( Wolman : 1989 , 214). كما تعتمد نظرية التحليل النفسي علي التداعي الحر Free Association إذ أنه تعتبر عن كل ما يجول بخلد المريض دون حذف أو اختبار إداريين ، بمعني إطلاق المريض حوافزه دون تقييد شعوري أو أداري إذ أنه بالتدريج يكتشف ذلك التداعي الحر عن المحتويات النفسية المكتوبة في اللاشعور . ولذا فإن " مورينو " أشتق فلسفته السيكودرامية من مدرسة التحليل النفسي ولكنة طوعها لأهداف أسلوبه العلاجي المبتكر حيث يستخدم مفهوم الاستبصار Insight الذي يستخدمه " مورينو " إذ أنه أحد مفاهيم التحليل النفسي ولكن الاستبصار في السيكودراما لا يصل إليه المريض من خلال تفسير المعالج لتداعياته وأحلامه كما في التحليل النفسي ولكن يتم ذلك من خلال تعليقات المشاهدين وتحليل المعالج لأقواله وأفعاله داخل الجلسة ، وكذلك من خلال مشاهدته لشخص آخر " أنا مساعده " وهو يقوم بدورة إذ أنه يمثل مرآه له يري فيها نفسه بل يحدث استبصار المريض كذلك من خلال ملاحظة أدائه لنفسه ، وما طرأ عليها من تغيير ( سهير كامل : 2001 ، 93 ؛Greenberg : 1983 ,12 ). ويضيف " مورينو " أن السيكودراما تعد امتدادا لمهمة " فرويد " له عما يفعله ؛ وتأتي الإجابة في قولة : أنا أبدأ من حيث انتهيت أنت ، فأنت تحلل أحلامهم ، أما أنا فأعطيهم الشجاعة ليحكموا من جديد إذ أنني أعلم الناس كيف

يلعبون الدور (حسين عبد القادر: 986 ، 385 ) . كما يسقط الفرد كثيراً مما يعانيه من خلال أدائه لدورة في السيكودراما علي أشخاص الرواية وحوادثها مما يزيد استبصارا بالمشكلة التي يجترها في التمثيل إلى جانب توحده في شخصيته بطل الرواية الذي يؤدي دوره أو يشاهده من خلال فنية التبديل أو فنية عكس الدور مما يزيد مستوي أدركه وفهمه لسلوكه ومشكلاته، والإسقاط والتوحد هما من الحيل الدفاعية لمدرسة التحليل النفسي .

**ثانيا : السيكودراما ونظرية الدور :-**

تقوم نظرية الدور علي كون أن الأفراد يمكنهم أن يصبحوا ممثلين ارتجاليين إذ يمكنهم تجسيد بعض الأدوار بدون سيناريو مكتوب ومن هذا المنطلق يصبح هؤلاء الأفراد ليسوا فقط ممثلين ارتجاليين ولكن كتاب أيضاً ومن ثم يشير لعب الدور إلى الطريقة التي تهدف لإيجاد استجابات سلوكية مؤثرة بموقف معين ويمثل لعب الدور وسيلة أولية لتنمية المهارات النفسية اللازمة للتكيف مع الحياة المعاصرة ومن ثم يعد " مورينو أحد رواد نظرية الدور الاجتماعية والتي طورها كطريقة تطبيقية ، وكما أن الدور هو الوحدة الأساسي للسلوك في تلك النظرية فإنه يعد كذلك في السيكودراما إذ يمدنا بوعي وحرية أكثر أثناء تناول الأدوار وتنوعها وأيضاً يمكننا من التعرف علي أنماط استجاباتنا غير المناسبة وبالتالي نتعلم أنماط استجابية جديدة (Corey:2000,220؛عبد الفتاح رجب: 2002، 19-22 ) .

كما أن انطلاق العميل في أداء دور غير محدد المعالم إنما يترك للتصور الذاتي له ولأدائه الارتجالي فيه تبعا لنظرته للعالم الخارجي وبإسقاط على محاور ذاته وعلاقاته بالآخرين .

**أسس نظرية لعب الدور :**

تقدم تلك النظرية علي عده أسس منها :

- إتاحة الفرصة للفرد للتدريب علي الحلول الممكنة في المواقف المختلفة .
- تتيح لنا تفهم المواقف التي تمر علينا وكذلك التعلم من النماذج المشاهدة .
- تنمو إلى كون الحياة كلها مسرح وإن الحياة الاجتماعية ما هي إلا لعب الدور ، ويتسم الناس بالنجاح فيها إذا لعبوا أدوارهم بطريقة جيدة.

ويكتب الفرد خلال أدائه للدور في السيكودراما قدرة علي الإبداع وكذلك إثارة الملفات الإبداعية في الآخرين ومن خلاله يكون الفرد أكثر تلقائية الأمر الذي يجعل الأفراد قادرين علي مواجهه المواقف الجديدة من خلال منظور جديد ( عبد الرحمن العيسوى : 1976 ، 26 ؛ Corey : 2000 , 215 ).

**ثالثا : السيكودراما والنظرية السلوكية:-**

يتمحور اهتمام المدرسة السلوكية حول تعديل السلوك إذ يكتسب الفرد في نموه أساليب سلوكية جديدة عن طريق التعلم وأن احتفاظه بتلك السلوكيات يتم خلاله : التعلم الفعال الإجرائي الذي ينطلق في مجمعه من قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدى إليه من نتائج وآثار إيجابية : كالتدعيم أو المكافأة أو سبيله : كالعقاب ، والتعليم الشرطي ( المنبه – الاستجابة ) والذي خلاله يستجيب الطفل ويسلك نحو كثير من الأشياء إذا ما أصبح ظهورها شرطاً من شروط منبهات أخري تشبع حاجاته إذ أنه يكتسب الكثير من السلوكيات، وقد أستخدم " مورينو " وتلاميذه بعض المصطلحات التي تنتمي للمدرسة السلوكية كالخبرة وتعديل السلوك، وكذلك التدعيم الإيجابي حيث يتم توجيهه بصورة منظمة خلال الجلسة

السيكودرامية نحو ما يأتي به المريض من سلوكيات إيجابية( عبد الستار إبراهيم وآخرون : 1993 ، 51 ؛ صفاء غازي : 1994 ، 40 ).

وينبثق الاتجاه الرئيسي لهذه النظرية من محاولة تعديل السلوك المنحرف عن طريق الاتفاق بين المريض والمعالج والذي يتم من خلاله تقرير الأنماط السلوكية التي يوافق كل منها علي ضرورة تعديلها ثم يقومان معاً بتقييم إمكانيات المريض بالنسبة للتعامل مع السلوك المشكل ووضع تقييم بهدف المحافظة علي الأنماط السلوكية الجديدة ؛ ويلاحظ أن المعالج هنا يقوم بقيادة الجماعة العلاجية ويتم استخدام : لعب الدور والواجبات المنزلية ، كما أن الأساليب الحديثة لتلك النظرية تعرف بالعلاج الجمعي المعرفي السلوكي والتي تنمو إلى أعاده البناء المعرفي للعميل(لطفى فطيم : 1993 ،144 ) . ويري الباحث: أن الهدف الرئيسي لكل من النظرية السلوكية والسيكودراما هو تعديل السلوك وأن الوحدة الأساسية للسيكودراما هي حالة الدور الذي يعد الأساسي في تعديل السلوك إذ أن المعالج ( المخرج ) يجعل المريض يؤدي بعض الأدوار تلك تمس محور حياته وخبراته الماضية وذلك بمساعدة أفراد الجماعة السيكودرامية والأنوات المساعدة ومن ثم يتدخل المعالج بتعزيز المريض علي السلوك المناسب الذي أداه ويتلقي تعزيزاً ذاتياً من داخله أثناء تحسنه السلوكي الذي طرأ علية ، وكذلك نري في النظرية السلوكية المعرفية مرحلة إعادة البناء المعرفي للعميل تلك التي ظهرت في السيكودراما من خلال مناقشة الأداء والتعليق عليه .

**رابعا: السيكودراما والعلاج الجشطلتى :**

تعتمد نظرية العلاج الجشطلتي علي الوجود الحالي للإنسان من منطلق " هنا والآن " وفنية الكرسي الخالي ولعب الدور و الذين يحتلان أحد ركائز السيكودراما ، وكذلك إن الاستبصار لدي " مورينو " لا يقتصر علي فهم الذات بل يعني الوعي الشامل للموقف ككل وإدراكه والذي يعد الذات أحد عناصره( Greenberg : 1983 , 12 ) . ومن ثم نلاحظ أن العلاج الجشطلتي لا يفترض وجود ما يسمي بالطرح والطرح المضاد ، ونجد أنه يشجع المريض على تحمل مسئولية ما يقوم به كما أن أحد الفنيات الأساسية للأسلوب الجشطلتي هو مجابهه ما يقوم به كما أن أحد الفنيات الأساسية لأسلوب الجشطلتي هو مجابهه الخوف الذي يعتمد علي لعب الدور فمن خلاله يتحدث العميل عن علاقته بشخص آخر غير موجود بالجماعة ولكن المعالج يضع كرسياً أمامه ويطلب من العميل أن يتخيل الشخص الجالس علية ويتحدث معه ثم يجلس العميل علي ذلك الكرسي ليرد علي الكلام وكأنه الشخص الآخر ، ويستمر ذلك التنقل للوصول إلى نتيجة وهو ما يسمي بالإغلاق ، وتنمو تلك المدرسة العلاجية إلى تحقيق التكامل حيث يتعلم من خلالها الفرد أن يتقبل أنواع سلوكه الغريبة عنه ويدمجها ضمن شخصيته الكلية ( لطفي فطيم : 1993 ، 145 ) . ويري الباحث : أن ذلك كله يتشابه مع السيكودراما من خلال : مرحلة الإغلاق وفنية لعب الدور والمواجهة تلك التي تعتمد علي اشتراك جميع المرضي في التفاعل مع السيكودراما أثناء الجلسة ويتمثل ذلك في التغذية الراجعة .

**فنيات السيكودراما**

تتنوع الفنيات السيكودرامية بحيث تؤدي لتناسبها مع فئات كثيرة للمرضي وتتمثل تلك الفنيات فيما يلي:-

**1- لعب الدور** Role Playing :

ويشير لعب الدور للقيام بتمثيل دور شخصي آخر يتحدث بلسانه ويتصرف بالنيابة عنه ولا يعد الدور مسبقاً ولا تمل علي الأفراد كلماته أو حركاته بل تتاح الفرصة فيه لكي يؤدي الأفراد الدور بالطريقة التي يرونها مناسبة ويمكنهم أثناء الجلسة الانتقال من دور إلى آخر ، أو العودة إلى الدور الأول ، وربما يكون الدور خيالياً أي لا يلزم أن يكون واقعياً ، أو يتوقع حدوثه في المستقبل ، ولذا يمثل لعب الدور أن يغير سلوكه ويقوم بأداء أدوار جديدة ( Clayton & Robinson : 1971 , 417 ; Leveton : 1992 , 112 ) .

**2- عكس الدور** Role Reversal

إذ يتم من هذا الأسلوب قلب الدور أي أن يتبادل البطل الأدوار مع الآخرين علي خشبه المسرح ، وهو للأجراء الذي يصبح فيه الفرد ( أ ) قائماً بدور الفرد ( ب ) والعكس ، ويصلح هذا الأسلوب مع الذين لديهم إدراك مضطرب من حيث معاملة الآخرين لهم : كاضطراب علاقة الطفل بالمعلمين والآباء وفيه يقوم الطفل بتمثيل دور المعلم أو الأب إذ تتم فيه تصحيح شكل العلاقة بينه وبينهم ويتم حدوث استبصار وتحسن في إدراكه لاتجاهه نحوهم نتيجة لتقمصه لتلك الشخصيات ، وكذا يؤدي عكس الدور إلى زيادة التلقائية لدي الفرد من خلال تحويل دفاعاته كما يساعد علي فهم الآخرين في الموقف الدرامي ، وأدرك البطل كيف يراه الآخرون ومن ثم التقليل من وصفة الدفاعي وبذلك يتحقق الكشف عن العالم الداخلي للفرد .

**3- المرآة** The Mirror

ويتم في هذا الأسلوب قيام الشخصية المساعدة " الانوات المساعدة " بدور البطل إذ يتم إيقاف البطل عن أدائه للموقف ، وذلك بتصوير حالاته النفسية وإيماءاته وحركاته وكلماته أثناء التمثيل بينما لا يكون البطل علي خشبه المسرح وإنما يجلس مع باقي أعضاء الجماعة ويلاحظ سلوكه كما تعكسه الشخصية المساعدة ثم يعود إلى المشهد ليقوم بعمل محاولة أخري وبذلك يستطيع البطل أن يري نفسه كما يراها الآخرين ومن ثم يساعده وذلك في تكوين صورة أكثر دقة وموضوعية عن نفسه ، وتمكن صعوبة تلك الفنية في أن العملاء غالباً ما يضطهدون أنفسهم حيث يشعرون بالذنب والحزن والقلق وبالتالي تضطرب رؤيتهم لسلوكهم الخاص لكون عرض سلوكهم بهذه الطريقة بشكل لديهم نوع من الانتقاد لهم من جانب المجموعة والمخرج ولذا فهم في حاجة إلى التأييد والتدعيم من جانب المجموعة ( Jenning :1975, 82؛ Karp M.et al . : 1998 , 216 ).

**4- حل المشكلة** Solving Problem

وتوصف تلك الفنية بكونها مزيج من عده فنيات إذ يقوم كل فرد من أفراد المجموعة باقتراح الحلول المناسبة لتلك المشكلات إذ يهدف ذلك إلى التشجيع علي التحدث أمام الآخرين دون خجل أو خوف وليس فقط مساعدة الفرد علي إيجاد حلول لمشاكله ( أسماء غريب : 1994 ، 70 ) .

**5- تقديم الذات** Self — Presentation

ويشار بها إلى قيام الطفل ( المريض ) بتقديم نفسه وأسرته للمجموعة ثم يبدأ بعد ذلك تمثيل موقف بالأسرة ، وتقوم الانوات المساعدة بأداء أدوار الأب والأم والاخوة ... ومن هنا قد يدرك الطفل طبيعة علاقته بوالديه ، ويزيد من فهم كل منهم للآخر إذ يمثل ذلك تصوراً ذاتياً لطبيعة علاقته بأسرته ويزيد من إحساسه وإدراكه لتلك العلاقة وطبيعتها ( Greenberg : 1984 , 99 ; Corey : 1983 , 184 ) .

**6- الإدراك الرمزي** Symbolic Realization

ويقصد به التعبير بصورة رمزية كاستخدام الأسد للتعبير عن السلطة المتمثلة في الوالدين والأرنب للتعبير عن الأبناء إذ يتم استخدام تلك الرموز عندما يخاف الطفل من التعبير عن بعض الاضطرابات الخاصة تلك بينه وبين الأب أو الأم أو المعلم ، وهنا يقوم المعالج ( المرشد ) بتوجيه الطفل من خلال قصة خيالية ينسجها الطفل بنفسه حول هذه الشخصيات الرمزية ويمكن استخدام أساليب أخري للمساعدة مع تلك الفنية لعكس الدور أو المناجاة والمرآة أو البديل (Davison & Neale : 1978 , 526 ; Greenberg : 1983 , 84).

**7- المعالجة عن بعد** Treatment a distance

وتستخدم تلك الفنية لعلاج الأفراد دون علمهم ، ودون حضورهم لجلسة السيكودراما من خلال أن يحل البطل أنا مساعده ،وذلك بأن يقوم بتمثل المواقف التي تمثل سلوكه واضطراباته بالاشتراك مع بعض الأشخاص المحيطين بالمريض وتستخدم تلك الطريقة في الغالب مع الأطفال إذ يقوم الأب والأم بدور الأنا المساعدة(Greenberg :1983 ,86 ).

**8- مناجاة النفس** **The soliloquy**

تعد مناجاة الذات هي الحوار الذي يتحدث خلاله البطل مع ذاته مباشرة وأمام زملائه المشاهدين في الجماعة العلاجية تلك التي تعبر عن المشاعر والأفكار الخاصة به والتي لا يستطيع التحدث عنها لفظياً في الواقع وفي هذه اللحظة بالذات ، فالبطل يمثل موقفاً ما يتعلق بالمنزل أو العمل حيث يساعد البطل علي تيسير المسافة بين إدراكا ته الحسية والعلاقات والأحداث التي تربطه بالآخرين (عبد الرحمن سليمان :1999،201؛ ,Corey 1983,168:).

**9- الديالوج** Dialogue

ويشتمل علي حوار بين أثنين ، إذ يأخذ ذلك شكل سؤال وجواب كما في الحوار بين الابن وأبية أو البائع والمشتري أو بين الطبيب والمريض( أسماء غريب : 1994 : 70 ) .

**10 – إسقاط المستقبل** Future Projection

ويمثل البطل توقعاته للمستقبل " الذي يخشاه وبأمله " وهذا الأسلوب تم تصميمه لمساعده أعضاء المجموعة للتعبير عن اهتمامهم حول المستقبل ويعطي لهم لأهدافهم وأولوياتهم وكذا يعطيهم بعض مؤشرات المستقبل الذي يتوقعونه كما يحدث ذلك نوعاً من التفاعل مع الآخرين لدي المشاركون من أعضاء الجماعة وقد يستطيعون رؤية التغيرات التي يحتاجونها في أنفسهم من أجل الحصول علي ما يريدون (Corey: 2000 , 236 ؛ Corey : 1983 , 185 ).

**11 – الدكان السحري** The Magic Shop

وتستخدم تلك الفنية مع المرضي ( الأبطال ) غير القادرين علي اكتشاف مشكلاتهم بوضوح ولا يدركون أهدافهم بهدف تحديدهم لأولويات قيمهم والاستبصار بمشكلاتهم إذ يقوم أحد الشخصيات المساعدة أو المعالج بإيهامهم بأنهم يمتلكون دكاناً سحرياً وبه بضاعة عبارة عن سمات وصفات طبية وأن هذه البضاعة لاتباع بنقود ولكن يتم استبدالها لصفات وسمات أخري يتنازلون عنها مقابل أن يحصلوا علي السمات الأخرى من الدكان السحري ويطلق علي هذه الفنية ارتجال الخيال( سيد البهاص : 1993 ، 35 ؛ Corey : 1983, 186 ) .

**12- أسلوب البديل** Double Technique

وفي هذا الأسلوب تقف الشخصية المساعدة خلف البطل وتمثل معه وتتحدث إليه بتلقينه الحوار ، أي قيام شخص آخر بنفس دور الشخصية الرئيسية " البطل " إذ يستخدم هذا الأسلوب عاده في إزاحة المقاومة التي قد يبدلها البطل برفضه المشاركة في الأداء ، كما يقوم البديل بحث البطل علي المشاركة التي تؤدي إلى البوح بالأسباب التي تدفعه إلى رفض المشاركة ، وقد تتفق أو لا تتفق أحاسيس ومشاعر البديل وآرائه مع بطل الرواية إلا أن الفائدة هنا تطل علي البطل من منطلق معاونته علي إنتاج دلائل جديده وإشارات وتلميحات تصنيف إبعاد جديدة لأدواره ومن ثم نجد تفاعل الشخصية المساعدة مع البطل كما لو كانت هي الذات المريض التي تعاني من الصراع ، ويتم استخدام تلك الفنية عندما تزداد الصراعات التي يعاني منها الطفل " المريض " علي مستوي الذات ، وتعد المبادلة هي قلب السيكودراما والتي يستلزم لها مرحلتين هما:

**الأولى** : أن يهيئ الشخص البديل نفسه لذلك بملاحظة مشاعره الداخلية وطرحة المضاد ويتعلم كيفية لفظ هذه المشاعر .

**الثانية** : أن يعمل البديل علي توسيع خبره البطل من خلال ما يسمي بالمرونة أي عدم الالتزام بما علية البطل فقط بل قد يذهب البديل بعملة افتراضا ، أو تفسيرات أكثر للبطل (Greenberg : 1975 ,89 ; Karp M. et al : 1998,209).

**13- أسلوب البديل المتعدد** Multiple Double Technique

يستخدم هذا الأسلوب بفاعلية عندما يكون لدي البطل مشاعري متضادة إذ يتم اشتراك بديلا أو أكثر في الموقف السيكودرامي ممثلين صوراً مختلفة للبطل فمثلاً : قد يمثل بديل البطل الذي فقد أمه ويريدان أن يعبر عن الحب لها ، وبديل آخر بمثل البطل البار وفاقد المشاعر الذي لا يريدان يفعل معها شيئاً في الواقع ، ومن خلال ذلك قد يري البطل أي الجوانب بداخلة أقوي إذ قد يحصل علي صورة أوضح لمشاعره واتجاهاته التي يريد التعبير عنها لأمه ، وأحياناً قد يمثل كل بديل مرحلة معينه من مراحل البطل ( Jennings : 1974 ,83 ; Corey : 1983 ,186).

**14- أسلوب عمل الحلم** Dream Work Technique

يعتمد هذا الأسلوب علي قيام البطل " المريض " بإعادة تمثيل حلمه بدلاً من حكايته مستعيناً بالشخصيات المساعدة في تمثيل أدوار الآخرين في الحلم ، وتمثل ذلك اتجاه تجريبي للسيكودراما لعمل الحلم " بالنقيض للطرق التحليلية والتفسيرية ) إذ يترك فيه البطل السرير ويجعل الحلم في المكان والزمان بالاستعانة بالشخصيات المساعدة ويستطيع البطل خلال تلك العملية تغيير عناصر متعددة للحلم ومن ثم يحصل علي رؤية دقيقه بتمثيل للعناصر الجديدة للحلم ( Corey : 1983 , 185-187) .

## السيكودراما لدي ذوي الإعاقة السمعية :-

يعد كل من كلايتون و روبنسون ( 1971 ) Clayton & Robinson من أوائل من استخدم السيكودراما لدى ذوي الإعاقة السمعية مؤكدين علي فعالية هذا الأسلوب في علاج تلك الفئة نظراً لاعتمادهم علي الإشارة والحركة والإيماء كلغة للتواصل بديلة عن الألفاظ واللغة المنطوقة حيث نشاهد في السيكودراما التعبير الانفعالي بالحركة وتعبير الوجه والإشارة ، ويزداد هذا التواصل بزيادة الأدوار السيكودرامية التي يتعين علي ذوي الإعاقة السمعية أدائها إذ يتيح ذلك الفرصة لإيجاد لغة عامة بين المعالج والعميل وأعضاء الجماعة العلاجية ويصبح بالتالي التعبير الانفعالي أكثر سهولة مع قلة القيود علي وسائل التواصل من ذوي الإعاقة السمعية والمعالج( عبد الفتاح رجب : 2002 ، 36 ) .

ويبين كل من " سوينك " ( 1985، 272-273 ) Swink و" أيمن المحمدي " ( 1998 ، 63-65 ) ، و " كلايتون وروبنسون " (1971 ، 417-418) Clayton & Robinson و" عبد الرحمن سليمان " ( 1999، 282 ) أن السيكودراما تعد أكثر الأساليب ملائمة وأفاده للأطفال ذوي الإعاقة السمعية عن الأسوياء ؛ إذ يرجع ذلك لكون ذوي الإعاقة السمعية أكثر تكيفاً مع السيكودراما مقارنه بالأسوياء وذلك للتالي : -

1- أن الأطفال الأسوياء لا يدخلون في المشاركة السيكودرامية إلا بعد فترة تهيئة طويلة حتى يحدث نوع من التألق والثقة والتوافق بينهم وهم ما لا يحدث مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ؛ إذ أن الفعل السيكودرامي ليس بعيداً عن حياتهم بل هو ممارس لديهم بالإشارات وإيماءات الوجه وحركات الجسم.
2- أن السيكودراما تعطي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية استبصارا داخلياً بمشكلاتهم وتنحو نحو تعليمهم أنماط سلوكية بديلة من خلال التفاعل النشط داخل مجموعة العلاجية السيكودرامي وسط بيئته مشجعه وآمنة يعتمد فيها الأداء السيكودرامي علي تلقائية الأفراد كما تمنحهم استبصارا نفسياً وتفريغاً انفعاليا للطاقة الزائدة لديهم.

ومن ثم نجد أن مهارات التدريب علي الأدوار السيكودرامية تتم بطريقة أسهل عن طريق العمل مع ذوي الإعاقة السمعية ويشمل تعلم الأدوار لبعض مهارات السيكودراما كتهيئة المجموعة ، وإعداد الموقف ، واستخدام الأدوار الطبيعية لأعضاء المجموعة وتركيز الموقف ، والسيكودراما في ذلك كله تمثل طريقة نشط في العلاج مع المرضي ذوي الإعاقة السمعية إذ يستطيع من خلاله ذلك الفرد أن يعبر عن نفسه بصوره كاملة ومستمرة نظراً لكون الدور هو الوحدة الرئيسية للسلوك السيكودرامي ويتم من خلالها الربط بين لغة ذوي الإعاقة السمعية ولغة الواقع التي تتم بالأداء التمثيلي الصامت دون الحاجة إلى لغة .

**استخدام السيكودراما في علاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية :**

تتعدد أهمية العلاج باستخدام السيكودراما وبصفة خاصة للمرضى الذي يصعب الاتصال اللفظي معهم ؛إذ تقوم بتدريبهم على مواجهه مواقف واقعية يخافون مواجهتها ، الأمر الذي يشعرهم بقدرتهم على فهم الآخرين ومشاركتهم ومتابعتهم ومن ثم يفيد ذلك في تنمية قدراتهم على التعبير عن دواتهم وتنميه ثقتهم بأنفسهم ، كما يبرز " مورينو Moreno " الهدف الاسمي لهذا النوع من العلاجات والذي يكمن في الاستبصار بالواقع ؛ إذ أن ممارسة المريض لبعض الأدوار تساعد على اكتشاف مشكلاته الشخصية وأخطأ أثناء تفاعله مع الآخرين ومن ثم يفيد ذلك في حل صراعات وتخلصه من القلق والإحباط وذلك يتم من خلال مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية بما يؤدى إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية( حامد زهران : 1994 ،318 ، 319 ؛ Davison & Neale : 1978 , 526 ؛ عبد الستار إبراهيم : 1994 ، 31 ، إجلال سرى : 1990 ، 132 ، 134 ). وتظهر كيفية حدوث التفريغ الانفعالي في السيكودراما من خلال التمثيل يتقمص الطفل لأدوار الكبار حيث أن الطفل الذي يعاقبه الكبار بالضرب يعجز عن الرد على ذلك فإنه من خلال السيكودراما يمارس الضرب والعقاب بنفس الطريقة التي كان يوجهها الكبار له وفى هذه الحالة تصبح السيكودراما أداة تعويض يستثمرها الطفل لصالحة وذلك للقيام بما لا يتمكن من القيام به في الواقع حيث يخرج الكتب من داخله وينسب إحباطاته إلى غيره من أدوار المسرحية فيعمل ذلك على تحسين تكيفه مع نفسه ومع الآخرين ، ولذا فإن السيكودراما كعلاج جماعي ترتكز على شبكة العلاقات البينشخصية إذ ينظر للفرد باعتباره عضواً في جماعه أو جزء من كيان اكبر وليس وحدة مستقلة ولهذا يتم من خلالها علاج مجموعه من المرضى في وقت واحد ، فالفرد لا يتحدث عن خبراته السابقة ولا يحكمها فتشعره بأنه سوف يتعامل مع الموقف

بالطريقة التي يرغبها وليس بما تملية علية ظروف الواقع كما حدث من قبل(عفاف اللبابيدي،عبد الكريم الخلايلة:1993، 115؛أسماء غريب:19،1994 -20 ) .

ويعتمد " بلاتنر "(1996) Blatner أثناء استخدامه للسيكودراما على نظرية الدور والتي تكمن في اعتبار أن الأفراد من الممكن أن يصبحوا ممثلين ارتجاليين من خلال قيامهم بتجسيد بعض الأدوار بطريقة ارتجالية وذلك بهدف إيجاد استجابات سلوكية بناء على مواقف تمثيلية مؤداة ، ولذا يعتبر أن لعب الدور يعد الأساس لتنمية المهارات النفسية اللازمة للتكيف والتفاعل في حياتهم التي يحيونها , Adam Blatner : 1996, 66). وفى إطار ذلك التنفيس الانفعالي تهيئ السيكودراما فرصة انفتاح المريض على زملائه وتعاطفه مع مشكلاتهم وخروجه من وحدته واتصاله الفعلي بالآخرين، ولذا يتيح له تركيزاً داخلياً نشطاً يؤدى إلي استكشاف وتجربة سلوكيات بديلة (صموئيل مفاريوس : د. ب ، 176-177؛ Swink D.f. : 1985, 262) .

وأيضا تعطي السيكودراما الفرصة لاستخدام الإسقاط كميكانيزم دفاعي له دور كبير في العملية العلاجية ، فضلاً عن كونها غنية بالفنيات التي تلائم كافة المستويات التعليمية والثقافية وصلاحيتها لعلاج العديد من الاضطرابات ، بالإضافة لانفرادها بعملية التهيئة وبذلك يمكن تمثيل الأدوار من خلال فنياتها بصورة صامته مجسدة للآخرين ، وكذا تساهم في طرح العديد من الحلول الواقعية لمشكلات العملاء( عبد الرحمن سليمان : 1999 ، 206 ) .

ويري الباحث : أن السيكودراما كعلاج نفسي تعتمد على لغة الأداء الجسمي التي تفهم من قبل الآخرين بسهولة ويسر فهي تشبه البانتوميم Pantomime ، والذي يعتمد على الأداء التواصلي التعبيري من خلال الحركات التعبيرية للجسم كله ومن ثم تصل إلى الآخرين بفاعلية .

ويشار لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بعدم القدرة علي التركيز لوجود مثير خارجي يثير اهتمامه لفترة ثواني قليلة مع عدم بقاء الفرد ثابت في مكانة أي انه كثير الحركة بصورة ملفتة للنظر مع سرعة الاستجابة ويظهر أعراضه من خلال أفعال سلوكية شاذة وغير مقبول اجتماعياً.

ويتم ذلك في صورة سلوكيات ممارسة بطريقة منتظمة وتشخيصات تنطبق على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ؛ إذ يتضح من خلالها غياب أو فقد كلى للتركيز في موضوعات معينة تتطلب ضرورة التركيز بحيث يتسم الفرد بحالة من التشتت ولهذا لا يستطيع الفرد اكتساب مهارة أو تعلم شئ ما دون الانتباه أولا ، بالإضافة لاتسامه بالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية ومن ثم يتسم بالتالي : نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد –الاندفاعية . كما أن التحليل النفسي يعزى نشأة سلوك الطفل علي الوالدين الذين يمكن أن يحدثا لديه تنفيس وتفريغ في شئ إيجابي . كما يرد اضطراب الانتباه إلى عوامل وراثية أو بيولوجية كمرجعية الخلل الحادث في وظائف المخ وبالتالي عدم الاتزان الكيميائي واضطراب في نشاط الفرد ووظائف جهازه العصبي المركزي ، ولذا فان ذلك الخلل البيولوجي الحادث لدى الطفل يقود سلوكياته غير المرغوبة كمرجع لزيادة في كهرباء المخ ولذا تكون سلوكيات ذلك الطفل لا إرادياً.

واضطراب سلوكيات ذلك الطفل قد تكون ناتجة عن ظروف البيئة كباعث للإثارة الانفعالية ولذا يتعلم الطفل الكثير من الاستجابات عن طريق الملاحظة والنموذج المحتذي به والذي يختلط به الطفل الذي هو ابن بيئته وسلوكياته ، ويعد ذلك ردود أفعال للمثيرات والخبرات البيئية التي تعرض لها ، ويتوقف اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على المجال الاجتماعي للطفل ومدى تفاعله محيط بيئته ، ولذا يكتسب سلوكياته من خلال التعلم الاجتماعي من المحيطين به في الأسرة كالوالدين – الاخوة – الأقارب – والجيران ، والزملاء في المدرسة و المعلمين ... ومن ثم يعتمدون في ذلك على التقليد والمحاكاة للسلوكيات التي يشاهدونها . وتظهر أهمية عملية الانتباه من خلال اكتساب الخبرات التربوية بتركيز حواس الطفل في دروسه من معلومات مع استيعابها ، ولذا فهناك اضطرابات مصاحبة لاضطراب الانتباه المصحوب النشاط لحركي الزائد منها عدم القدرة علي التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) والذي قد يكون مرجعه لعدم انتباه هؤلاء الأطفال للسلوكيات التي يفعلونها والتي تتسم بتشتت الانتباه ، وقيامهم بأنشطه حركية زائدة بالإضافة لاتسامهم بالاندفاعية الأمر الذي يجعلهم يرفضون اتباع القواعد الاجتماعية ، وأيضا القيام بالسلوكيات غير المرغوبة والتي تجعل الغير ينفرون منهم ، ومن ثم يرفض المحيطين ذلك الطفل ويسوء توافقه الاجتماعي كما يصاحب اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بعض الاضطرابات الانفعالية كالنشاط الحركي الزائد والاندفاعية واللذان يؤديان إلى رفضهم اجتماعيا من الأقران، ويؤدي هذا الرفض الاجتماعي إلى عزلتهم وشعورهم بالوحدة النفسية ، وأيضا القلق والاكتئاب وتلك سلوكيات غير مقبولة من المحيط الاجتماعي.

وبالإضافة لانتشار الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه كاضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين ولذا فانهم يعجزون عن التكيف مع الآخرين ، وقد وجد انخفاض في مستوى التوافق الدراسي كنتيجة لضعف القدرة علي الفهم ، وآتيان الاستجابة الخاطئة وكثرة النسيان ، وتتسم الكتابة لديهم بالرداءة مع ضعف القدرة علي التفكير وشرود الذهن ولذا ينحون لتجنب الموقف التعليمي ومن ثم يؤثر ذلك علي مدى انتباههم، بالإضافة لانتشار صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كمرجع للصعوبات التعليمية وعدم قدرتهم علي التركيز في القراءة والكتابة والعمليات الحسابية .

والتوافق يظهر من خلال سلوك الفرد أثناء تفاعله مع البيئة المحيطة به وهو ما يطلق عليه التوافق النفسي ، ويظهر انسجام الطفل ذي الإعاقة السمعية مع البيئة المحيطة به في محاولته للتوافق مع العالم الذي يعيش فيه من خلال أن يقبل أن يعيش كفرد ذي إعاقة أوان ينعزل عن أفراد المجتمع متجنبا أي تفاعل شخصي واجتماعي معهم ، ويتسم التوافق بكونه عملية إيجابية هادفة ومستمرة يحاول الفرد من خلالها التعبير عن ذاته أو عن الظروف المحيطة به لكي يتمكن من التوأم مع بيئته وإشباع حاجاته وخفض صراعاته ، وتنقسم العقبات التي تؤدي لسوء التوافق النفسي إلى عقبات خاصة بنقص القدرة أو الاستعداد لدي الفرد ، وعقبات بيئية ناشئة عن تغيير في النشاطات، ولذا يطلق على التوافق عملية أستاتية دينامية : أي ذات شق ماضي وعملية دينامية : أي ذات شق مستقبلي ، كما أن التوافق عملية وظيفية أي تحقيق الوصول إلى الاتزان مع البيئة و خفض التوتر من خلال إعلاء قيمة الذات لدي الفرد .

كما يراد بالتوافق تلك العملية كلية إذ أن وحدة التوافق الكلية تنطوي علي الوظيفية والديناميكية وذلك من حيث كون الفرد كائنا عيانياً وكذلك يعيش كلياً مع بيئته، وكذا يلقب التوافق بكونه عملية ديناميكية إذ أن التوافق لا يتم مرة واحدة ولذا فهو سلسلة متتابعة من الحاجات ومحاولة إشباعها و محاولة خفض توتراتها ، والسيكودراما إزاء ذلك ترتفع بمستوى التوافق النفسي سواء الشخصي أو الدراسي أو الاجتماعي إذ تتيح له فرصة التفاعل مع الذات ومع الآخرين في مواقف تفاعلية من محيط التفاعلات الحياتية التي يعتادون القيام بسلوكيات غير مرغوبة من خلاها .

وسوف يتعرض الباحث في الفصل الثالث للدراسات السابقة والبحوث والتي تتناول محاور الدراسة .

مقدمة :

يقوم الباحث بعرض الدارسات والبحوث السابقة التي تتعرض للدراسة الحالية ، إذ قام الباحث بتقسيمها إلى خمس مجموعات رئيسية وهى كالتالي :

**أولا:- دراسات تناولت دور السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد :**

**ثانياً: دراسات تناولت فعالية بعض البرنامج العلاجية أو الإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي ذوي الإعاقة السمعية :-**

**ثالثاً: دراسات تناولت دور السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات أو تنمية بعض المهارات لدي ذوي الإعاقة السمعية :**

**رابعاً : - دراسات تناولت التوافق النفسي لدي ذوي الإعاقة السمعية :-**

**خامساً : دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى عادى السمع وذوى الإعاقة السمعية:-**

**ا- دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى عادي السمع :**

**ب- دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية :**

وسوف يتناول الباحث عرض تلك الدراسات والبحوث فيما يلي :

## أولا:- دراسات تناولت دور السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد :

دراسة " جيمس ناي" (1980) Ney , James W. في تناولها لخفض حدة الاندفاعية كعرض من أعراض اضطراب الانتباه لكن باستخدام فنية سيكودرامية أخرى هي : فنية المرآة من خلال قياس : القدرة اللغوية لعينة الدراسة البالغ عددهم (16) تلميذاً وتلميذه من خلال اختيار عدة عمليات حسابية بالإضافة لاختبار للقدرة اللغوية والبرنامج السيكودرامي القائم علي : المرآة كأدوات للدراسة وقد توصلت الدراسة إلي خفض حدة الاندفاعية لدي أفراد عينة الدراسة وذلك في القدرات : اللغوية والحسابية من خلال ظهور تحسن في مستوى الاندفاعية لدي أفراد العينة .

واتفقت دراسة " بيتر جولويتزر وآخرين" (1980) Gollwitzer , Peter M. et al. مع الدراسة السابقة فى خفض حدة عرض واحد من أعراض اضطراب الانتباه وهو : الاندفاعية باستخدام الفنية السيكودرامية القائمة علي عكس الدور وبيان أثر ذلك علي اضطراب مفهوم الذات لدي أفراد عينة الدراسة البالغ عددهم (32) تلميذاً وتلميذه تم تقسيمهم إلي أربع مجموعات بالتساوي : الأولي تجريبية وتم معها استخدام البرنامج السيكودرامي الممثل في عكس الدور والثانية ضابطة ، والثالثة تجريبية وتم معها استخدام برنامج قائم علي التغذية الراجعة والواجبات المنزلية ، والرابعة ضابطة ، وقد تم قياس الاندفاعية لدي أفراد العينة من خلال بطاقة ملاحظة

للسلوك إعداد : الباحث ، وقد تمخضت نتائج الدراسة عن أن استخدام البرنامج السيكودرامي لخفض حدة الاندفاعية يعد أكثر فعالية من الفنيات الأخرى ، وأدي ذلك لإحداث تحسن في مفهوم الذات لدي أفراد العينة ثم قياسه من خلال الوصف الإيجابي للذات .

بينما استخدمت دراسة " إيرا هيلفيل ودونا كلارك" (1990) Heilveil , Ira& Clark, Dona السيكودراما من خلال فنية حل المشكلة لخفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة من الأطفال مكونة من (52) طفلاً في عمر يتراوح ما بين (6–15) عاماً وتكونت أدوات الدراسة من اختبار الإدراك للأطفال ( الصفحة 7 ) وقائمة كورنرز لتقدير السلوك من قبل الوالدين والذي تم تقنيتها علي أفراد العينة والتي تهدف لقياس الاضطرابات السلوكية ومنها اضطراب الانتباه والعدوان والمشكلات البيئية ، والبرنامج السيكودرامي المرتكز علي : حل المشكلة بواسطة التعرض للمواقف الانتباهية لدي أفراد العينة والقيام بعرض عينة الدراسة ، وقد أكدت النتائج فعالية السيكودراما : حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

إلا أن دراسة " باتريس ووبل" (1990) Woeppel , Patrice هدفت لخفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم لدي عينة من الأطفال تم تقسيمهم إلي مجموعتين : الأولي مكونة من (9) تلاميذ والثانية مكونة من (5) تلاميذ في الصفوف الدراسية من الثانية إلي الخامس الابتدائي ، وبحث أثر ذلك العلاج علي مشكلات السلوك الاجتماعي لديهم ، وتم استخدام البرنامج السيكودرامي باستخدام : لعب الدور وقائمة السلوك الاجتماعي كأدوات للدراسة وكمحور لعب الدور بواسطة الأداء الارتجالي لعدد من الأنشطة المختلفة المستخدمة في التدريس والحياة المدرسية والمواقف الاجتماعية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج بنسبة 86% ، وأن أفراد عينة المجموعة الأولي قد تم خفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي معظم أفرادها وكذلك حدوث تحسن في عملية التعليم والمواقف الاجتماعية لديهم .

واستخدمت دراسة " إليس إيكوف" (1992).Ecoff , Elise ,R في تناولها لخفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد : لعب الدور وذلك لمدة (12) أسبوع بالاستعانة بالمعلمين والفيديو لعينة مكونة من (10) تلاميذ من ذوي اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي في عمر يتراوح ما بين (9–12) عاماً وتم قياس اضطراب الانتباه لدي أفراد العينة بالاعتماد علي بينات السيرة الذاتية لديهم مع استخدام بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلمين واثبت نتائج الدراسة فعالية لعب الدور في خفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال التمثيلية الحياتية المعايشة كالفصل الدراسي ( البيئة المدرسية ) والمنزل ( البيئة المنزلية) .

في حين أن دراسة " ليندا جو بيفيفر " (1994) Pfeiffer , Linda Jo استخدمت : لعب الدور في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وبحث أثر ذلك الاضطراب علي السلوك الاجتماعي والانفعالي لدي أفراد عينة الدراسة المكونة من (8) تلاميذ ممن تتراوح أعمارهم ما بين (6–11) عاماً من حلال تطبيق جلسة سيكودرامية أسبوعية علي أفراد العينة بواسطة تصميم مواقف سيكودرامية تعتمد علي

الأداء الارتجالي لمواقف مختلفة في : المدرسة ، المنزل ، الشارع ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي فعالية استخدام لعب الدور في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وصاحب ذلك تأثير إيجابي علي السلوك الاجتماعي لديهم.

واستخدمت دراسة " باربارا بورشام وستيفن ديمرس" (1995) Burcham , Barbara G.& Demers, Stephen, T. في تناولها لفنية حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ويعتمد هذا الأسلوب السيكودرامي علي البعد التمثيلي لاثنين من التلاميذ بواسطة عرض المشكلة وكيفية إيجاد الحلول لها ، وتكونت عينة الدراسة من : حالتان من التلاميذ ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في المرحلة العمرية ما بين (10-11) عاماً في المدرسة الأولية ، وتم استخدام بطاقة الملاحظة للسلوك من قبل المعلمين بالإضافة للنموذج التدريبي السيكودرامي المتمثل في حل المشكلة : تحت أشراف المعلم والباحثان بالإضافة لاستخدام الدراسة الإكلينيكية للحالتين بهدف التشخيص، وأسفر البرنامج السيكودرامي بفنية حل المشكلات في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة الدراسة.

واتفقت دراسة " كريستينا رامريز– سميث" (1997) Ramirez- Smith, Christina مع الدراسة السابقة فنية حل المشكلات ممثلة للسيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وتكونت عينة الدراسة من (5) أطفال موهوبين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (8-10) أعوام من تلاميذ المدرسة الأولية ، واشتملت أدوات الدراسة من بطاقة ملاحظة للسلوك بالإضافة لاختبار القدرات الخاصة للموهوبين مع الاستعانة بالبطاقة المدرسية لدرجات الامتحان لأفراد العينة ، والبرنامج التدريبي السيكودرامي ، وقد تم الاعتماد علي فنية حل المشكلة عن طريق (7) أبعاد :الأول يتمثل في التدريب علي التركيز الدراسي ، والثاني : التدريب علي استخدام مواقف تمثيلية تعتمد علي إيجاد تصور واقعي لأحداث تنمية دراسية قائمة علي استنفاذ الطاقة لدي أفراد العينة ، والثالث إحداث تنمية في واقعية الإنجاز باستخدام إستراتيجيات وأنشطه تدريبية مثل : التعاون الدراسي ، والتدريس المشترك (التبادلي) ، والرابع : استخدام قواعد تدريبية سهلة الإدراك والفهم تتفق وحدود وقدرات أفراد العينة ، والخامس: الإدراك التام للسمات التي تساعد أفراد العينة في تنمية مفهوم الذات لديهم، والسادس : استخدام مواقف تدريبية قائمة علي حل المشكلة ، والسابع : استخدام الوالدين (الأب والأم )والمعلمين كنماذج للاشتراك في البرنامج السيكودرامي للتدريب علي خفض حدة هذا الاضطراب ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي باستخدام حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة الدراسة الموهوبين وأوحت النتائج بضرورة اعتماد العملية التدريبية علي استخدام المعلم لأسلوب حل المشكلة في الفصل الدراسي وكذلك ضرورة الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

أما دراسة " زينتال وآخرين" (1997).Zentall, S. et al فقد تناولت خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وغير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال استخدام فنية المرآة كمثله للسيكودراما وبحث أثر ذلك علي مفهوم الذات لدي عينة من التلاميذ عددهم (23) منهم : (12) من ذوى

النشاط الحركي الزائد ، و(4) من ذوي اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وقد تم استخدام فنية المرآة مع مجموعة التلاميذ ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كبرنامج للعلاج ،واستخدام الإرشاد النفسي لإفراد مجموعة التلاميذ ذوى النشاط الحركي الزائد وزوى اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، تمخضت الدراسة عن فعالية المرآة في علاج أفراد عينة المجموعة ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مقارنة بأفراد عينة المجموعتين ذوى النشاط الحركي الزائد وأفراد عينة المجموعة ذوى اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

بينما تناولت دراسة " كاثلين سبينيلي" (1998).G, Cathreen, Spinelli خفض حدة عرض من أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وهو : نقص الانتباه من خلال استخدام لعب الدور ومجموعة أنشطة تعاونية لدي عينة من التلاميذ الذين يعانون من نقص الانتباه وصعوبات في التعليم وكان عددها (11) تلميذاً في عمر يتراوح ما بين (7–9) أعوام ، وتم استخدام مقياس لنقص الانتباه وآخر لقياس وتشخيص صعوبات التعليم وكذلك النتائج الشهرية للاختبارات المدرسية بالإضافة للبرنامج السيكودرامي باستخدام لعب الدور وأشارت نتائج الدراسة إلي فعالية السيكودراما ممثلة في : لعب الدور في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إذ تم توظيف لعب الدور في المواقف الخطيرة التي يتعرض لها أفراد العينة مع الاستفادة بالعلم في الجلسات السيكودرامية ولعب الدور بالتناوب بين أفراد العينة والمعلم والباحث.

وتناولت دراسة "مار جريت سيمرود – كليكمان وآخرين " (1999) Semrud-Clikeman, Margaret et al. فنية السيكودراما : حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد العينة المكونة من مجموعتين الأولي (11) طفلاً من ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والثانية مكونة من (12) طفلاً من غير ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في عمر ما بين (8–12) عاماً ، وتم استخدام بطاقة ملاحظة للسلوك من قبل المعلم والوالدين للتشخيص وبرنامج تدريبي سيكودرامي لأفراد عينة المجموعة الأولي وبرنامج إرشادي للمعلم والوالدين في كيفية الحد من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد واستمر البرنامج التدريبي السيكودرامي لمدة (18) أسبوعاً وتضمن البرنامج عرضاً لنقص الانتباه وكيفية إحداث تنمية وتركيز له وكذلك خفض حدة الاندفاعية والنشاط الحركي الزائد وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج التدريبي السيكودرامي باستخدام حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأعراضه الثلاثة : نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة البرنامج.

بينما تناولت دراسة " ستيوارت دانسينجر" (2000) Dansinger &Stuart في تناولها للسيكودراما ممثلة في حل المشكلة لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي التلاميذ الموهوبين من خلال برنامج تدريبي باستخدام حل المشكلة وذلك بمساعدة المعلم ، وتكونت عينة الدراسة من حالتان من التلاميذ الموهوبين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (9–10) أعوام ، واشتملت أدوات الدراسة علي بطاقة ملاحظة للسلوك من قبل المعلم والمشرفين بالمدرسة ، وكذلك اختيار القدرات الخاصة للموهوبين إعداد /

الباحث ، وأعتمد البرنامج السيكودرامي علي عرض تمثيلي لحل المشكلة من خلال مواقف دراسة مشتملة علي : نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي الزائد لدي أفراد العينة ويعتمد البرنامج كذلك علي إيجاد حلول للمشكلات الموقفية الممثلة ، وتم كذلك أجراء دراسة إكلينيكية بواسطة دراسة الحالة للتعرف علي البعد الدينامي لمضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ،وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية فنية حل المشكلة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد العينة وانعكس ذلك علي زيادة التقبل الاجتماعي لديهم .

واتفقت دراسة " جوبنز وسيجل" (2000) .Gubbins, E. & Siegle, D مع الدراسة السابقة في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال استخدام السيكودراما ممثلة في فنية حل المشكلة لدي أفراد عينة الدراسة المكونة من (8) مراهقين منهم (4) موهوبين ،(4) غير موهوبين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (15-18) عاماً ،وتم استخدام قائمة كور نزر لتقدير السلوك من قبل المعلمين والبرنامج السيكودرامي الذي تم تحت أشراف المعلم ، وذلك بأداء أفراد العينة للمشكلات التعليمية والاجتماعية ممثلة في بعض المواقف التمثيلية وتطويع تلك المشكلات للعمل غلي تركيز الانتباه والحد من الاندفاعية والنشاط الحركي الزائد لدي أفراد العينة وبذلك اثبت البرنامج فعاليته في خفض حدة هذا الاضطراب باستخدام السيكودراما .

أما دراسة " عادل غنايم" (2001) فقد تناولت استخدام السيكودراما في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية ومنها خفض مستوى النشاط الحركي الزائد لدي التلاميذ ذوي صعوبات التعليم وغير ذوي صعوبات التعليم من خلال استخدام : لعب الدور ، وتكونت عينة الدراسة من أربع مجموعات : الأولى تجريبية وتشمل (10) تلاميذ من ذوي صعوبات التعليم ، والثانية ضابطة وتشمل(10) تلاميذ من ذوي صعوبات التعليم والمجموعة الثالثة تجريبية : وتحتوي علي (10) تلاميذ من غير ذوي صعوبات التعليم والمجموعة الرابعة ضابطة وتشتمل علي (10) تلاميذ من غير ذوي صعوبات التعليم ، وتم استخدام : مقياس النشاط الحركي الزائد إعداد/ عبد العزيز الشخص (1993) ، واستبيان تشخيص صعوبات التعليم في مادة اللغة العربية لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية إعداد/ شيرين دسوقي (1996) ، وملحق استمارة التقييم إعداد/ الباحث ، واستمارة الملاحظة الأسبوعية للسلوك العدواني والنشاط الحركي لأفراد عينة البرامج من قبل المعلمين وأولياء الأمور إعداد/ الباحث ، وتوصلت الدراسة إلي فعالية السيكودراما استخدام لعب الدور في خفض حدة النشاط الحركي الزائد لدي أفراد العينة وذلك في المقياسين البعدي والقبلي .

بينما هدفت دراسة " بترجنسن وآخرين " (2001) .Jensen, peter S. et al لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك باستخدام السيكودراما ممثلة في فنية : لعب الدور وعكس الدور والذي يرتكز علي تمثيل وأداء مواقف سلوكية متعددة لمضطربي الانتباه مع عكس الدور بأداء السلوك المرغوب فيه ،وتكونت العينة من (8) أطفال في عمر ما بين (6-12) عاماً ، وتم استخدام الدراسة الإكلينيكية مع بطاقة ملاحظة للسلوك من قبل المعلمين وذلك للتشخيص وكذلك البرامج السيكودرامى والذي تم تطبيقه علي أفراد العينة لمدة شهرين بواقع ثلاث مرات أسبوعيا ، وتمخضت نتائج الدراسة عن فعالية

البرامج السيكودرامي : بلعب الدور وعكس الدور في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال حدوث تنمية وتركيز الانتباه ، وخفض حدة الاندفاعية ، وخفض مستوي النشاط الحركي الزائد .

دراسة " توم هارتمان" (2003) Hartman, Thom والتي هدفت لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال التدخل العلاجي بواسطة السيكودراما وذلك بفنيتي لعب الدور وعكس الدور لدى أفراد العينة المكونة من ( 16) طفلاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين (7–10) عاماً ؛ إذ تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين : الأولى تجريبية ، والثانية : ضابطة وكلاهما مكون من (8) أطفال ، ولقد استخدم الباحث محكات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد الإصدار الرابع للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي D S M IV ( 1998 ) وذلك لنمط نقص الانتباه فقط ، وكذلك احتوى البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما على مواقف تفاعلية منزلية كأداء دور الأب أو الأم أو أحد الاخوة أو الأقارب من خلال أداء الدور وعكسه ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي السيكودرامى في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

## ثانياً: دراسات تناولت فعالية بعض البرنامج العلاجية أو الإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي ذوي الإعاقة السمعية :–

هدفت دراسة"مارك اسكيمسكي " (1982) Schimsky , Marc لاستخدام السيكودراما ممثلة في فنية المرآة بالإضافة للأنشطة الفنية التربوية في تنمية التواصل غير اللفظي لدي عينة من الطلاب ذوي الإعاقة السمعية مكونة من (10) طلاب، وتكونت أدوات الدراسة من :البرنامج السيكودرامي القائم علي فنية المرآة والأنشطة الفنية والدراسية واختبار للتواصل ، وتوصلت الدراسة إلى : فعالية البرنامج السيكودرامى والأنشطة الفنية والدراسية في تنمية التواصل غير اللفظي لدي أفراد العينة.

بينما تناولت دراسة " كريستي ميللر" (1985) Miller , Christy, L. علاج سلوكي لعرض آخر من أعراض اضطراب الانتباه وهو : النشاط الحركي الزائد لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المكونة من (118) من تلاميذ الصف الخامس والسادس الابتدائي وآبائهم منهم (59) من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة ، و(59) من الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد ، وقد صممت أدوات الدراسة لقياس ثلاث أنماط من القيم:

1– قيمة الاستفادة من البرنامج (كيف أن النجاح مهم في تحقيق أهداف مستقبلية)

2 – قيمة المكسب (درجة هذا النجاح مما يؤكد قيمة الفرد وهويته).

3– قيمة داخلية ( استمتاع كاف لأفراد العينة بالمهمة المكلفين بأدائها ).

بالإضافة للبرنامج السلوكي القائم علي إحداث تنمية لمفهوم الذات وإحداث تغيرات سلوكية مرغوبة ومحتملة لذوي النشاط الحركي الزائد من أفراد العينة وتوصلت نتائج الدراسة عن طريق إجراء تحليل تباين أحادى وثنائي الاتجاه ومقارنه العينات إلي فعالية نموذج العلاج السلوكي لدي أفراد عينة الدراسة .

فى حين تناولت دراسة " هاريس أوبرين" (1987) Obrian , Harris, D. علاج الاندفاعية كعرض من أعراض اضطراب الانتباه من خلال برنامج معرفي لدي عينة الدراسة المكونة من (72) تلميذاً وتلميذه من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (6–10) أعوام و(11–15) عاماً ممن يعتمدون علي التواصل الكلي ، وتمد الاستعانة ببطاقة ملاحظة السلوك الاندفاعي بالإضافة للبرنامج المعرفي ، وتمخضت الدراسة عن فعالية البرنامج المعرفي في الحد من الاندفاعية لدي عينة الدراسة من ذوي التواصل الكلي .

واتفقت دراسة " كامبل دونالدز وآخرين" (1989) Cambell , Donald's et al. مع الدراسة السابقة فى علاج عرض من أعراض اضطراب الانتباه وهو : الاندفاعية من خلال برنامج علاجي سلوكي يرتكز علي إيجاد حلول سلوكية ومواقف تبعث علي التروي لدي عينة الدراسة المكونة من (7) طلاب مراهقين من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (15–18) عاماً ، وتم استخدام اختبار مصور للاندفاعية ودراسة الحالة والبرنامج العلاجي السلوكي ( المدرسي والمنزلي ) ، وتوصلت الدراسة لخفض حدة الاندفاعية لدي أفراد العينة علي المستويين المدرسي والمنزلي.

وبحثت دراسة " كيلي ديزموند وآخرين" (1993أ ).Kelly , Desmond et al مشكلة اضطراب الانتباه لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وتأثيرات هذا الاضطراب علي عينة الدراسة المكونة من (8) تلاميذ يتراوح أعمارهم ما بين (10–12) عاماً في المدرسة الأولية ، وتم بحث مظاهر ضعف الانتباه لدي أفراد العينة بالتعرف علي احتياجاتهم ومشكلاتهم والتغيرات التي تطرأ خلال بحث تلك المشكلة الانتباهية والاتجاهات المستقبلية لبحثها ، وتكونت أدوات الدراسة من استمارة المقابلة وبطاقة ملاحظة السلوك وأكدت نتائج الدراسة علي أن تأثير اضطراب الانتباه لدي أفراد عينة الدراسة مرجعه سلوكي وأدائي وأن هناك سرعة في معدل انتشار هذا الاضطراب لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

وبناءً علي الدراسة السابقة فقد قام " كيلي ديزموند وآخرين" (1993ب) Kelly , Desmond et al. بوضع برنامج علاجي سلوكي لاضطراب الانتباه لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية عددها: (8) أطفال ممن تتراوح أعماهم ما بين (10–12) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في بطاقة ملاحظة السلوك والبرنامج العلاجي السلوكي لذوي الإعاقة الداخلية بالمدرسة الأولية لدي ذوي الإعاقة السمعية ، وتوصلت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي في الفصل الدراسي والمنزل ومكان الإقامة الداخلية بالمدرسة في خفض اضطراب الانتباه لدي أفراد عينة الدراسة .

في حين هدفت دراسة " ليزا كوبر" (1994) kupper , Lisa لإرشاد الأباء والمتخصصين المتعاملين مع ذوي الإعاقة السمعية من مضطربي الانتباه ، وتكونت عينة الدراسة من (9) تلاميذ وآبائهم ممن تترامح أعماهم ما بين (8–12) عاماً ، وتكونت أدوات الدراسة من اختبار لاضطراب الانتباه ، والبرنامج الإرشادي والقائم علي عمل مجموعات من الأباء والمعلمين وتقديم قائمة تعليمات لعينة الدراسة من التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية وآبائهم وكذلك تقديم المواقف الحياتية والظروف المحتملة التي تواجههم في تفاعلهم مع أطفالهم ، وبنيت الدراسة حدوث انخفاض في حدة اضطراب الانتباه لدي ذوي الإعاقة السمعية .

بينما تعرضت دراسة " إلدك" (1994) Eldik T.V. لعرض من أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وهو النشاط الحركي الزائد من خلال التعرض للمشكلات السلوكية لدي الأطفال الهولنديين ذوي الإعاقة السمعية ، وتكونت عينة الدراسة من (44) طفلاً وتم استبعاد ثلاثة أطفال لكونهم غير هولنديين ولكونهم يعانون من مرض عقلي بالإضافة لإعاقتهم السمعية ليصبح عدد أفراد الدراسة النهائي (41) بالإضافة إلي (454) طفلاً من عادي السمع وتتراوح أعمار عينة الدراسة ما بين (6-11) عاماً ، وتم استخدام قوائم تقدير السلوك لتحليل وتجميع البيانات كأداة من إعداد: اشينباخ ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية أكثر معاناة من المشكلات السلوكية وفي مقدمتها النشاط الحركي الزائد مقارنة بالأطفال عادي السمع ، وكذلك فإن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الأصغر سناً ظهر لديهم النشاط الحركي الزائد بصورة ( بنسبة ) أكثر من الأطفال ذوي الإعاقة السمكة الأكبر سناً.

وقامت دراسة " آن تمسون وليسلي بيتا" (1996) Thomson , Anne R. & Bethea, Leslie بخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بواسطة استخدام برنامج سلوكي يعتمد علي فنية الاسترخاء والاشتراك في مجموعات عمل البرنامج مدة ثلاثة أشهر بواقع جلستين أسبوعياً في المدرسة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9-10) أعوام وتكونت أدوات لدراسة من بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلم وأولياء الأمور لتشخيص ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بالإضافة للبرنامج العلاجي التدريبي وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة الدراسة .

إلا أن دراسة " بوني هودج وجيني بريستون- سابين" (1997) Hodge , Bonnie M& Preston- Sabin, Jennie. تناولت فعالية برنامج سلوكي اجتماعي في علاج (خفض حدة) اضطراب الانتباه عن طريق حل مشاكل الانتباه والتركيز علي صعوبات التذكر لدي عينة الدراسة المكونة من (7) تلاميذ من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (11-13) عاماً وتكونت أدوات الدراسة من اختبار للانتباه والتذكر إعداد : الباحث والبرنامج العلاجي السلوكي والذي قام بالتركيز علي الجانب المدرسي بالإضافة للاجتماعي وتم خلال التعرض لعدد من المواقف الاجتماعية والمدرسية والتي تتطلب التركيز والانتباه وتنشيط الذاكرة وتمخضت نتائج الدراسة عن حدوث تقدم إيجابي في عملية الانتباه والتركيز والذاكرة لدي عينة الدراسة.

وكذلك اتفقت دراسة " آن تومسون وآخرين"(1997) Thompson , Anne ,R. et al. مع الدراسة السابقة في استخدام برنامج تدريبي تعليمي من قبل المعلم في علاج ( خفض حدة) اضطراب الانتباه لدي عينة من ذوي الإعاقة السمعية مكونة من (6) تلاميذ ممن تتراوح أعمارهم ما بين (11-12) عاماً ، واستخدمت أدوات الدراسة بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلم والبرنامج التدريبي التعليمي من قبل المعلم من خلال الشرح المفسر لصور نقص الانتباه والتي تؤدي لاضطراب الانتباه في الفصل الدراسي وفناء المدرسة والمكتبة بالتعرض لمواقف تعليمية انتباهية ، وقد أسفرت الدراسة عن حدوث تحسن لعملية الانتباه لدي هؤلاء التلاميذ .

في حين أن دراسة " براتر جريج وآخرين" (1997) .Prater , Grege et al هدفت تقديم برنامج معرفي تدريبي لعلاج (خفض حدة ) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة الدراسة المكونة من (10) أطفال من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (8–10) أعوام وتم من خلال البرنامج التعرف علي الاحتياجات التربوية لدي أفراد عينة الدراسة وذلك لفحص الجانب الانفعالي لديهم بواسطة اختبار للجانب الانفعالي ، وبطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلم بالإضافة للبرنامج المعرفي التدريبي والذي تم من خلال التركيز علي مفهوم الذات والتعرض للطموح الأكاديمي لديهم ، وتم الاستعانة بالمعلمين كوسائط في البرنامج العرفي التدريبي والذي تم تطبيقه علي فصول الدمج للتلاميذ ضعاف السمع في فصول الدمج مع عادي السمع ، وأكدت نتائج الدراسة علي خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة الدراسة.

أما دراسة " شيري بيرجستلر" (1997) .Burgstahler, Sherry, I فقد قامت بتطبيق برنامج تدريبي انتباهي لعلاج (خفض حدة)اضطراب الانتباه لدي ذوي الإعاقة السمعية يعتمد علي تقديم المعلم للمواد التعليمية بصورة انتباهية لدي عينة الدراسة المكونة من (18) تلميذاً وتلميذه من ذوي الإعاقة السمعية في المرحلة العمرية ما بين (9–13) عاماً ، وتكونت أدوات الدراسة من بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلم وتطبيق دراسة الحالة علي عدد : حالتان فقط من ذوي اضطراب الانتباه الإيجابي والسلبي لهذه المواقف ، وقد توصلت الدراسة إلي حدوث انخفاض في حدة اضطراب الانتباه لدي التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية .

واتفقت دراسة " ستيفانيش جريج" (1998) .Stefanich , Greg ,P مع الدراسة السابقة في تناولها لعلاج (خفض حدة) اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مكونة من (28) من تلاميذ المدرسة الأولية الذين يتراوح لأعمارهم ما بين (11–17) عاماً ، وتم استخدام بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلمين لتحديد مضطربي الانتباه وكذلك البرنامج العلاجي القائم علي استخدام إستراتيجية : التعليم المتدرج ، والتعليم بالملاحظة والتعليم المرحلي والإرشادي ، والتعليم بالاكتشاف وذلك من خلال استخدام المعلمين كوسائط لعرض البرنامج العلاجي التدريبي علي التلاميذ ، وأشارت نتائج الدراسة إلي حدوث انخفاض في حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة الدراسة .

أما دراسة " كولين ويلارد– هولت" (1999) Willard- Holt, Colleen والتي تهدف لخفض حدة الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي ذوي الإعاقة السمعية الموهوبين ، وتكونت عينة الدراسة من (9) طلاب موهوبين من ذوي الإعاقة السمعية الموهوبين في عمر يتراوح ما بين (14–16) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في : بطاقة ملاحظة السلوك من قبل المعلمين وبيانات التقويم الدراسي (الشهري) واستمارة القدرات الخاصة المصورة (للموهوبين) واختبار للذكاء ، بالإضافة للبرنامج الذي تم استخدام فنيات تعليمية (تدريسية) به من قبل المعلم مركزة للانتباه : كالتعليم المركز والتعليم التكراري ، وقد أسفرت الدراسة عن فعالية استخدام المعلم للفنيات التعليمية ( التدريسية ) الممثلة للبرنامج في خفض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي أفراد عينة الدراسة .

إلا أن دراسة " جمال عطية فايد " (2001) تناولت فاعلية استخدام رسوم الأطفال في تشخيص وخفض حدة الاندفاعية من خلال تنمية التروي لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية مكونة من ( 85 ) تلميذا وتلميذة من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بمدينة المنصورة بمحافظة الدقهلية ثم اشتقاق عينتين فرعيتين من تلك العينة الأولية قوام كل منها ( 20 ) تلميذا وتلميذة ، إذ تم عليها تطبيق اختبار رسم الرجل واستخدام قوائم تقدير المشكلات السلوكية الصورة الخاصة بالمعلم و أسفرت النتائج عن أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المندفعين تظهر في رسوماتهما للشخص عدم ترابط بين التفاصيل الدقيقة في رسم الرجل فضلا عن الانتقال سريعا من رسم الرأس مثلا إلى الذراع أو الأرجل دون ظهور التفاصيل الدقيقة للجزء المرسوم.

دراسة " كولين ويلارد- هولت" (2002) Willard- Holt, Colleen والتي بحثت فعالية برنامج علاجي باستخدام إستراتيجية التعليمات لخفض حدة بعض صعوبات التعلم ومنه اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عينة من الطلاب المراهقين ذوى الإعاقة السمعية الموهوبين وغير الموهوبين ، والذين تتراوح أعمارهم ما بين (12- 15) عاماً ، وتم تطبيق اختبار لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، واستمارة ملاحظة للتعرف على الطلاب الموهوبين والقائم على : التفكير المجرد والإبداع ، والقدرة على حل المشكلات ، والبرنامج العلاجي والذي يعتمد على استخدام إستراتيجية التعليمات لمدى طويل ، و توصلت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي من خلال استخدام التعليمات على مدى طويل في خفض حد ة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عينة الدراسة من ذوي الإعاقة السمعية الموهوبين فقط ، كما وجد لدى عينة الدراسة من الموهوبين مستويات أعلى من التفكير المجرد والإبداع والقدرة على حل المشكلات ، والعكس لدى أقرانهم من غير الموهوبين .

## ثالثاً: دراسات تناولت دور السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات أو تنمية بعض المهارات لدي ذوي الإعاقة السمعية :

دراسة " كلايتون وروبنسون " (1971).Clayton, L. &Robinson, D والتي هدفت التعرف علي مدى فعالية السيكودراما في تعديل السلوك المضطرب لدي فتاه صماء تدعي " لوسى" كانت تعاني من نوبات غضب متكررة ، وقد تم استخدام وسائل تواصل متعددة أثناء علاجها وهي : قراءة الشفاه ولغة الإشارة ، وهجاء الأصابع ، والتواصل الكلي ، وتم تنفيذ البرنامج السيكودرامي والقائم علي فنيات : لعب الدور وعكس الدور والمرآة لمدة أسبوعين وأكدت نتائج الدراسة فعالية السيكودراما كطريقة علاجية لذوي الإعاقة السمعية في تعديل السلوك ،إذ انه من خلال السيكودراما يستطيع الفرد التعبير بتلقائية وبطريقة أدائه دون الحاجة إلي

الكلام وذلك في قسم الصحة النفسية لذوي الإعاقة السمعية بمستشفي (اليزابيث) وبعد مرور أسبوعين أصبحت " لوسي " أكثر قدرة علي التعبير عن غضبها بصورة أفضل بالإضافة لارتفاع الدرجة التلقائية والمبادأة واختفاء نوبات الغضب التي كانت تنتابها .

ولقد هدفت دراسة"مارك اسكيمسكي " (Schimsky, Marc(1982 إلى استخدام السيكودراما ممثلة في فنية المرآة بالإضافة للأنشطة الفنية التربوية في تنمية التواصل غير اللفظي لدي عينة من الطلاب ذوي الإعاقة السمعية مكونة من (10) طلاب، وتكونت أدوات الدراسة من :البرنامج السيكودرامي القائم علي فنية المرآة والأنشطة الفنية والدراسية واختبار للتواصل ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج السيكودرامى والأنشطة الفنية والدراسية في تنمية التواصل غير اللفظي لدي أفراد العينة .

بينما تناولت دراسة " سوينك" (1985) . Swink , D. F السيكودراما ممثلة في فنية عكس الدور لتنمية المهارات الاجتماعية لدى ذوى الإعاقة السمعية من خلال خفض حدة الغضب وتطوير أنماط سلوكية بديلة لدى عينة الدراسة التي اقتصرت علي مراهق من ذوى الإعاقة السمعية يسمى (رون) Run جئ به إلى المستشفى لأنه هاجم والدته وحطم أثاث المنزل بالإضافة للسرقة المتكررة ، واقتصرت أدوات الدراسة على البرنامج السيكودرامى القائم على فنية عكس الدور وأسفرت نتائج الدراسة عن أن استخدام عكس الدور قد جعلت (رون)Run يمر بتجربة تأثير سلوكية خاصة به ، وأن وحدة (رون) في المجموعة قد تلاشت بسرعة وأنخفض سلوكه المدمر العنيف من خلال تعلمه سلوكيات بديلة في بيئة سيكودرامية مشجعة وآمنة بمشاركته بالآخرين وتلاشى غموضه وعزلته.

وقامت دراسة " مارجوري" (1986) .Marjorie , L بعلاج الاضطرابات اللغوية ممثلة في تنمية المهارات الضرورية لتطوير اللغة لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من خلال استخدام الدراما الابتكارية ولعب الدور ، وتكونت عينة الدراسات من (8) تلاميذ من ذوي صعوبات اللغة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (10-13) عاماً ، واشتملت أدوات الدراسة علي استخدام : شرائط الفيديو كوسيلة للتحليل بالإضافة إلي قصص مستوحاة من التراث وحل مشكلة سابقة ولاحقة ، وتم استخدام البرنامج السيكودرامي الممثل في لعب الدور والدراما الابتكارية واستغرق البرنامج (58) يوماً وتراوحت مدة الجلسة الواحدة (90) دقيقة ، وأشارت نتائج الدراسة إلي : وجود تحسن كمي وكيفي في بناء القصة الدرامية الإبداعية ونمو اللغة( الحصيلة اللغوية ) وزيادة المهارات اللغوية لدي أفراد عينة الدراسة.

واتفقت دراسة " هاري ليفيت" (1989) Levitt , Harry مع الدراسة السابقة في تناولها لعلاج اضطرابات النطق والكلام باستخدام برنامج سيكودرامي قائم علي : فنية المرآة لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مكونة من (8) في عمر يتراوح ما بين (10-14) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في : معمل رسائل معينة (تعليمية) به كمبيوتر ، والبرنامج السيكودرامي باستخدام المرآة للتدريب علي النطق والكلام بإبراز الحروف من خلال استخدام اليد ، وتوصلت نتائج الدراسة إلي حدوث تقدم في طريقة تدريب أفراد العينة علي النطق والكلام من خلال تمثيلهم لأدوار يتحدثون من خلالها إشاريا – بالهجاء – التواصل الكلي أو من خلال حدوثه أو قصة يقومون بتمثيلها .

أما دراسة " آن ماري بوشينو" ( 1990 ) Buchino,Mary, Anne فهدفت لبحث فعالية السيكودراما من خلال الاستعانة بفنياتها في تعديل اتجاهات عينة مكونة من (4) أطفال من عادي السمع نحو آبائهم الصم من خلال برنامج إرشادي باستخدام السيكودراما إذ تم استخدام فنيات عكس الدور ولعب الدور من خلال الإرشاد المدرسي وتم قياس الاتجاهات لدي الأطفال عادي السمع نحو آبائهم الصم والاعتماد علي مترجم لإيصال عبارات المقياس لأفراد العينة ، وترجمة التواصل والمشاعر نحو الآباء لدى الأبناء وتوصلت الدراسة إلى :فعالية البرنامج السيكودرامى في تعديل اتجاهات الأطفال عادي السمع نحو آبائهم الصم من خلال لعب الأدوار وعكس الدور، وقدمت الدراسة توصيات عدة منها: انه يجب على الأبناء عادي السمع أن يكتشفوا ويتفهموا والنشابة والاختلاف بين الآباء ذوى الإعاقة السمعية عادي السمع0

بينما استهدفت دراسة " كومار باتريشيا" (1992) Komar , Patricia التعرف علي فعالية العلاج النفسي الجمعي للمشكلات السلوكية الجنسية لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من خلال استخدام السيكودراما ممثلة في : لعب الدور بهدف تعديل بعض الاضطرابات السلوكية الجنسية لدي أفراد عينة الدراسة المكونة من (72) طفلاً وطفلة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاماً ، وتعتمد الفنيات العلاجية للبرنامج علي فنيات العلاج الجمعي ، وكذلك فنية لعب الدور والذي يعتبر الوحدة الأساسية في السيكودراما ، و تم استخدام البرنامج السيكودرامي واختبار لقياس الاضطرابات السلوكية الجنسية ، وأشارت نتائج الدراسة إلي حدوث تحسن ملحوظ في تعديل السلوكيات الجنسية المضطربة لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بما كان علية قبل البرنامج .

أما دراسة " إلين هوروفيتز" (1992) Horovitz , Ellen فهدفت للتعرف علي فعالية كل من السيكودراما والعلاج بالفن في علاج حالات السحاق ، ومحاولات الانتحار لدي عينة من المراهقات ذوي الإعاقة السمعية قوامها : فتاتان فقط ممن يمارسن السحاق ولديهم ميل إلي الانتحار إحداهن من ذوي الإعاقة السمعية والأخرى من عادي السمع وتمثلت الفنيات العلاجية للبرنامج السيكودرامي في : العلاج السيكودرامي ممثلاُ في : لعب الدور وعكس الدور وبرنامج علاجي بالرسم من خلال النحت باستخدام طين الصلصال ، وبطاقة ملاحظة للسلوك وتوصلت نتائج الدراسة إلي فعالية البرنامج السيكودرامي والعلاج بالرسم في علاج السحاق ومحاولات الانتحار لدي أفراد عينة الدراسة ، وأثبت الدراسة أن السيكودراما كانت أكثر فعالية من الفنيات الأخرى حيث كانت توضح الأفكار الداخلية وخواطر المرضي ، وكذلك تم التغلب علي الطرح من أفراد العينة أثناء الجلسات العلاجية حيث ظهر ذلك من خلال الخواطر التي كتبها أفراد العينة .

في حين أن دراسة " آن ماري بوشينو " ( 1993 ) Buchino , Mary, Anne هدفت لبحث فعالية برنامج سيكودرامي وبرنامج تواصلي في تعديل الاتجاهات لدى الأبناء عادي السم نحو آبائهم ذوى الإعاقة السمعية ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين الأولي : مكونة من ( 16 ) طفلاً من عادي السمع لأباء ذوي إعاقة سمعية ، والثانية تكونت من : ( 16 ) طفلاً من عادي السمع لآباء من عادي السمع وتم استخدام : برنامج سيكودرامي قائم علي عكس الدور بالإضافة لاختبار الاتجاهات نحو الوالدين ، وآخر للتواصل بين الأبناء والوالدين وتوصلت الدراسة إلى :عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعتين المشاعر

والاتجاهات نحو الوالدين والتواصل بينهما، وكذلك تعديل الاتجاهات غير السوية نحو الوالدين من خلال البرنامج السيكودرامي القائم علي عكس الدور إلى اتجاهات إيجابية حدوث تنمية للتواصل بين الأبناء والأباء .

وقامت دراسة " إيتا ميللر" Miller , Etta (1993) بتقديم فنية لعب الدور ارتجاليا كإستراتيجية تدريسية سيكودرامية تهدف لمساعدة الطلاب ذوي الإعاقة السمعية علي تعلم استخدام مجموعة مختلفة من الأشكال اللغوية أثناء الحصة الدراسية وشرح كيفية النقد الأدبي لهم ، ومن خلال ذلك يستطيع المعلم أن يطور خطط الدرس بواسطة قصة يقرأها للأطفال بلغة الهجاء مع الإشارة ، ويدخل هؤلاء الطلاب في أدوار الشخصية ويستكشفون المواقف التي توجد في الشخصيات ، وتكونت عينة الدراسة من (7) طلاب من ذوي الإعاقة السمعية في مرحلة عمريه ما بين (9–14) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في البرنامج التدريسى السيكودرامي القائم علي لعب الدور ، واختبار القدرات اللغوية ، وأظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في تعلم الطلاب ذوي الإعاقة السمعية للأشكال اللغوية من خلال استخدام البرنامج السيكودرامي .

إلا أن دراسة " بولاك " B.J. (1997) , Pollack هدفت إلى استخدام السيكودراما ممثلة في فنية حل المشكلة مع التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية الذين يعانون من صعوبات التعليم وفي الجانب الانفعالي السلوكي ، وتمثلت عينة الدراسة من (11) تلميذاً وتلميذه ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–11) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في البرنامج السيكودرامي المرتكز علي حل المشكلة من خلال تصور عدداً من المواقف التعليمية في الفصل الدراسي مع استخدام صوراً فوتوغرافية للمساعدة في أداء حل المشكلة واختبار لقياس الجوانب الانفعالية السلوكية ، واختبار للذكاء وآخر لتتبع النتائج الدراسية الشهرية لدي أفراد عينة الدراسة ، وقد اعتمد البرنامج السيكودرامي علي مواقف يتم تمثيلها في : الفصل الدراسي ، والبيئة الأسرية ، وتمخضت الدراسة عن حدوث تحسن في التعليم وفي الجانب الانفعالي السلوكي لدي أفراد عينة الدراسة .

بينما تناولت دراسة" أيمن المحمدي" (1998) السيكودراما والمسرح المدرسي في تعديل السلوك العدواني لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لدي عينة قوامها ( 18 ) طفلاً وطفلة في مرحلة التعليم الأساسي (الابتدائي) ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاماً في مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالمنصورة بالصفوف الدراسية من الثالث إلي الخامس ، وقد تم استخدام فنيتي عكس الدور والمرآة من خلال البرنامج السيكودرامي إعداد : الباحث ن وكذلك برنامج مشاهدة المسرح المدرسي بالإضافة إلي اختبار رسم الرجل لجود انف good enough لقياس الذكاء لدي الأطفال ، واستمارة المستوي الاقتصادي الاجتماعي إعداد الباحث : كمال دسوقي ، محمد بيومي خليل (1984) ، ومقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني لدي الأطفال إعداد : نبيل حافظ ، نادر قاسم (1993) وتوصلت نتائج الدراسة عن فعالية كلاً من السيكودراما والمسرح المدرسي في خفض حدة السلوك العدواني لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

في حين أن دراسة " ويلما فيالي وجون باترسون" (1998) Vialle , Wilma & Paterson , John تناولت السيكودراما ممثلة في فنية المرآة في علاج ذوي العجز ( الضعف ) في الموهبة لدي عينة من المراهقين ذوي الإعاقة السمعية ، قوامها (5) في عمر يتراوح ما بين (15–17) عاماً من طلاب المدرسة المتوسطة ،

وتم استخدام دراسة الحالة مع أفراد عينة الدراسة عن طريق القابلة ، وكذلك استخدام البرنامج السيكودرامي القائم علي فنية المرآة بهدف التعرف علي البيئة الأسرية والدراسية لأفراد العينة ن وتمخضت الدراسة عن التالي : حدوث تنمية إيجابية لمفهوم الذات لدي أفراد العينة وتم توظيف ذلك في أحداث إدراك إيجابي لخيرات أفراد

بينما استهدفت دراسة " دعاء قنديل صادق" (1999) بيان فعالية السيكودراما في تنمية التفكير الابتكاري لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ممن يتسمون بضعف التفكير الابتكاري ، وقد بلغت عينة الدراسة (40) طفلاً وطفلة من ضعاف السمع الذين تتراوح أعمارهم ما بين (6–9)أعوام ،ممن تصل نسبة ذكائهم ما بين (90–110) درجة ، وتم تقسيم تلك العينة إلي مجموعتين متساويتين :الأولي ضابطة والثانية تجريبية ن وتكونت أدوات الدراسة من : اختبار رسم الرجل لجود انف Good enough ، واستمارة المستوي الاقتصادي الاجتماعي إعداد : عبد العزيز الشخص ، واختبار التفكير الإبتكارى إعداد : حمدي حسانين ، وبرنامج النشاط الدرامي إعداد : الباحث ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في اختبار التفكير الإبتكارى في المجموعة التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية ، وذلك في أبعاد التفكير الإبتكاري (الطلاقة – التخيل – الأصالة ) وذلك يؤكد فعالية السيكودراما في تنمية التفكير الابتكارى لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، وكذلك حدوث تقدم إيجابي لمفهوم الهوية لدي أفراد عينة وتم توظيف ذلك في تنمية الموهبة لديهم من خلال قدرتهم علي الآتيان بنجاحات فعالة ومؤثرة .

أما دراسة" محمود محي الدين العشري" (1999) فتناولت فعالية السيكودراما في تعديل الاضطرابات السلوكية الصحية لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بولاية (عبري) بسلطنة (عمان) وذلك من خلال عرض المشاهد المسرحية المصورة (النموذجية) لمجموعة من السلوكيات الصحية غير المرغوبة مثل : عدم النظافة الوجه ، والشعر ، والفم ، والأسنان ، والأطراف ، والملابس ،ونظافة المكان ، واتباع عادات غذائية صحية ، وبلغت عينة الدراسة (31) طفلاً منهم(13) طفلاً من عادي السمع ، و(18) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين (11–13) عاماً ، وقد اشتملت أدوات الدراسة علي : بطاقة ملاحظة السلوك الصحي للأطفال ، ومسرحية تتناول الاضطرابات السلوكية الصحية المراد تعديلها إعداد : الباحث والتي قام بتمثيلها الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، وتم عرض فيديو لنفس المسرحية مع مناقشة الأطفال لما جاء بالمسرحية من سلوكيات صحية وما تعلموه منها، وقد توصلت نتائج الدراسة إلي : وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في القياسيين القبلي والبعدي علي بطاقة تسجيل السلوك الصحي لصالح القياس البعدي .
:عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسيين البعدي الأول والثاني (المتابعة) مما يؤكد فعالية السيكودراما في تعديل الاضطراب السلوكية الصحية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

دراسة" عبد الفتاح رجب " (2002) والتي تهدف إلي تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المضطربين اجتماعياً من خلال استخدام السيكودراما ، وتكونت عينة الدراسة من (24)

تلميذاً وتلميذه من الأطفال الصم في مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية في الصفوف : الرابع والخامس والسادس الابتدائي ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاماً وتنقسم هذه العينة إلي مجموعتين : الأولي التجريبية وقوامها (12) ذكور منهم (6) ،(6) إناث ، وكذلك الثانية الضابطة إذ أن عددها هو : ( 12) منهم (6) إناث ،(6) ذكور ، واشتملت أدوات الدراسة علي ك اختبار رسم الرحل بجود انف good enough ترجمة مصطفي فهمي (1979) لقياس ذكاء الأطفال ، واستمارة المستوي الاقتصادي الاجتماعي إعداد: كمال دسوقي ، محمد بيومي خليل (1991) ، ومقياس المهارات الاجتماعية المصور للأطفال ذوي الإعاقة السمعية أعداد : الباحث ، وبرنامج السيكودراما إعداد: الباحث ، وقد استخدام الباحث الفنيات السيكودرامية التالية : لعب الدور وعكس الدور والمرآة ، وتمخضت الدراسة عن فعالية استخدام السيكودراما ممثلة في : لعب الدور وعكس الدور والمرآة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية ( التعاون – الاستقلالية – الصداقة ) لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

## رابعاً : – دراسات تناولت التوافق النفسي لدي ذوي الإعاقة السمعية :–

هدفت دراسة " كاشياب " ( 1986 ) .Kashyap . L . D لبحث نوع من التوافق وهو التوافق الأسري لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، وتكونت عينة الدراسة من ( 100 ) طفل من ذوي الطعم الكلي ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 5 – 14 ) عاماً , و ( 78 ) أماً ، و ( 100 ) أباً لهؤلاء الأطفال واعتمدت الباحثة في قياس التوافق الأسري علي مظاهر الحياة اليومية ممثلة في .

1– الحياة الاجتماعية .
2– أنشطة أوقات الفراغ .
3– العلاقة الزوجية .
4– التكامل مع الأخوة .
5– المسئولية المنزلية .
6– الصحة البدنية والنفسية للأباء .

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية مساعدة الوالدين للطفل ذي الإعاقة السمعية علي ضرورة تعلم مهارات توافق بناءة وكذلك حاجة الأسرة إلى برنامج إرشادي ومساندة عاطفية لتحقيق تكامل موضوعي وصحي للتوافق مع إعاقة طفلهما .

وتناولت دراسة" عطية عطية محمد" (1990 ) بحث التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية واتجاهاتهم نحو إعاقتهم وكذلك فحص العلاقة بين اتجاه الوالدين والمعلمين نحو إعاقة هؤلاء الأطفال ، وتكونت عينة الدراسة من ( 70 ) مراهقاً من ذوي الإعاقة السمعية منهم : ( 43 ) ذكور ، ( 27 ) وإناث ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 12 – 19 ) عاماً ، وقد تمت مجانسة العينة من حيث : السن والذكاء والمستوي الاقتصادي الاجتماعي ، وتكونت ادوات الدراسة من: مقياس الاتجاهات نحو الإعاقة السمعية إعداد : الباحث ، واختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية ،واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة المصرية إعداد : كمال دسوقى ومحمد بيومي خليل ، واختبار الذكاء غير اللفظي إعداد : عطية هنا ، واختبار تفهم الموضوع "التات " للكبار وتوصلت نتائج الدراسة أن هناك : ارتباطاً بين اتجاه الطفل ذي

الإعاقة السمعية وتوافقه الشخصي والاجتماعي ، وكذلك وجود ارتباط بين اتجاه الوالدين والمعلمين نحو الإعاقة السمعية كما يدركها الطفل ذي الإعاقة السمعية وتوافقه الشخصي والاجتماعي.

واتفقت دراسة كل من " جون نوتسون وشاريسا لانسنج " ( 1990)

Knutson, John , F .& Lansing, Charissa ,R. مع الدراسة السابقة فى بحث التوافق النفسي من خلال بحث مشكلات التواصل والانطواء الاجتماعي والاكتئاب والوحدة والقلق الاجتماعي لدي ذوي الإعاقة السمعية من ذوي النقص السمعي الحاد العميق والمكتسب ، وأجريت الدراسة علي عينة نكونه من ( 27 ) راشداً من ذوي الصمم العمق المكتسب ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 22 – 25 ) عاماً ، وتم تطبيق بر وفيل للتواصل لدي ذوي الإعاقة السمعية وكذلك اختبار للتوافق النفسي لديهم كأدوات للدراسة ، وتوصلت نتائج الدراسة عن تصميم استراتيجيات تواصلية ملائمة لذوي الإعاقة السمعية ، وأن مرجع سوء التوافق مرجعه للاكتئاب والانطواء الاجتماعي والوحدة والقلق الاجتماعي .

بينما تناولت دراسة "أرنولد وأتكنز " ( 1991 ) Arnold & Atkins التوافق الاجتماعي والانفعالي لدي عينة الدراسة المكونة من : ( 46 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية وعادي السمع إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين : الأولى : مكونة من ( 23 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية ، والثانية : مكونة من ( 23 ) طفلاً من عادي السمع وتراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين ( 6–10) أعوام، وتم استخدام دليل التوافق " لبرستول " Bristol ، واستبيان سلوك الأطفال " لروتر "( 1986 ) Ruter كأدوات للدراسة ، وتوصلت النتائج إلى أن للإعاقة تأثيراً فعالاً علي التوافق الاجتماعي والانفعالي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الأمر الذي ينعكس بدورة علي اتجاه الطفل ذي الإعاقة السمعية نحو الآخرين .

أما دراسة " إندين " ( 1992 ) .Inden, M فتناولت التوافق الاجتماعي والانفعالي وبحث علاقته بكفاءة التواصل لدي التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية من خلال مقارنة تواصلهم الشفهي بأقرانهم يستخدمون التواصل الكلي علي متغيرات التوافق الاجتماعي والانفعالي وتصور الذات ، وتكونت الدراسة من مجموعتين : الأولي مكونة من ( 30 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية كممثلين للتواصل الشفهي والثانية مكونة من ( 30 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية كممثلين للتواصل الكلي ، وتتراوح أعمار عينة الدراسة ما بين ( 7 – 11 ) عاماً وتم استخدام قائمة تقدير التوافق الاجتماعي والانفعالي " لميدو – كندال " ( 1 ) Kendall Social Emotional Assessment I Meadow Inventories ، ومقياس " ميكام " للنمو اللغوي اللفظي ( 2 ) The Mecham verbal Language Developments Scale وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه إيجابية بين مهارات التواصل والتوافق الاجتماعي والانفعالي وتصور الذات لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، وكذلك أظهرت النتائج أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ذو المستوي المرتفع من التواصل الكلي قد حققوا درجات مرتفعة علي متغيرات التوافق "الاجتماعي والانفعالي وتصور الذات " بالمقارنة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية ذوي المستوي المنخفض من التواصل الكلي ، أما الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ذوي التواصل الشفهي فقد أظهروا توافقاً منخفضاً علي متغيرات التوافق" الاجتماعي والانفعالي وتصور الذات " وبصفة خاصة التوافق الانفعالي .

واتفقت دراسة " أماتزيا – ويسل وهاجت بارليف " ( 1992 ) Weisel , Amatzia &Bar-Lev, Hagit مع الدراسة السابقة في تناول الحساسية غير اللفظية واضطرابات اللغة لعينة الدراسة المكونة من ( 36 ) مراهقاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 16 – 18 ) عاماً في جمعية للمراهقين ذوي الإعاقة السمعية ، وتعرض أدوات الدراسة سلسلة من الاختبارات وتسجيل أداءً منخفضاً في القدرة الاجتماعية والمعرفية لعينة الدراسة ، وعرضت نتائج الدراسة مقالاً لنتائج دراسة خاصة بالقدرات الاجتماعية والمعرفية لعينة الدراسة مقالاً لنتائج دراسة خاصة بالقدرات الاجتماعية والمعرفية لعينة الدراسة وأن اللغة تلعب دوراً مؤثراً في التوافق الاجتماعي ، وأشارت إلى أن الحساسية غير اللفظية تعمل قدرة اجتماعيه هامة ومستقلة .

وقد ربطت دراسة "أنجو موتيلال " ( 1993 ) Mootilal , Anjou بين أشكال التوافق الاجتماعي لدي المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وذلك في مواقف تعليمية متنوعة كبيئة العزل ، والدمج والاتحاد السائد وهي بذلك تتشابه مع الدراسة السابقة ، وضمت عينة الدراسة مجموعتين : الأولي تضم ( 71 ) مراهقاً تم توزيعهم كالتالي : ( 39 ) في مواقف العزل :Segregated و( 15 ) في مواقف التكامل : Integrated و( 17 ) في مواقف الدمج : Mainstreamed والمجموعة الثانية : قوامها ( 52 ) مراهقاً من عديمي السمع ، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان لتقدير أشكال التوافق أعداد : الباحث ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في مواقف التكامل قد حققت توافقاً أفضل من أقرانهم ذوي الإعاقة السمعية من ذوى العزل ، كما حقق المراهقون ذوي الإعاقة السمعية في مواقف التكامل والدمج معاً مستوي توافق اجتماعي مشابه لأقرانهم عادي السمع وأن مواقف التكامل توفر الخبرة الاجتماعية المتكاملة لذوي الإعاقة السمعية ، وأوصيت الدراسة بزيادة أشكال التفاعل الاجتماعي بين المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وعادي السمع .

واتفقت دراسة " أنجو موتيلال وكورال موسيلمان " ( 1994 ) Anju, Mootilal & Coral, Musselman مع الدراسة السابقة في بحثها للتوافق الاجتماعي لدي المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وذلك في المواقع ( الأماكن ) المنعزلة والمندمجة جزئياً وتلك ذات الاندماج الكلي ، وتكونت عينة الدراسة من ( 39 ) مراهقاً من ذوي الإعاقة السمعية المدرجين في مواقع منعزلة ، و ( 15 ) مراهقاً من ذوي الإعاقة السمعية من ذوي الاندماج الجزئي ، و( 17) من ذوي الاندماج الكلي ومقارنتهم بعينه مقدارها ( 56 ) مراهقاً من عادي السمع وتتراوح أعمارهم عينة الدراسة ما بين ( 14 – 17 ) عاماً ،وتمت الدراسة في كندا بمدينة " دنتانا " Dntana ، واشتملت أدوات الدراسة علي استبيان النشاط الاجتماعي الذي يحتوي علي أبعاد تضم جوانب المشاركة في الفصل والمشاركة الاجتماعية وآخر للأمن الانفعالي ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن : الطلاب ذوي الإعاقة السمعية المنعزلين وذوي الدمج الجزئي قد سجلوا توافقاً أكثر ( أفضل ) من أقرانهم ذوي الاندماج الجزئي توافقاً مرتفعاً بصفة عامة .

وتناولت دراسة" فيرجينيا شتيرن وفيليس دبوا " ( 1994 ) Stern, virginia & Dubois, Phyllis التوافق لدي طلاب الجامعة ذوي الإعاقة السمعية وذلك ببحث الاستقلالية

الشخصية لدي عينة الدراسة المكونة من ( 12 ) طالباً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 18 – 20 ) عاماً في القسم الأول أما القسم الثاني فبحث مصادر معلوماتية عن الدعم الجامعي المناسب لعينة الدراسة والمساعدات المالية واقتراحات تسهيل التوافق لديهم وبحث أهمية الألفة بينهم ويركز القسم الثالث علي التواصل وتحقيق الاستقلالية الشخصية والدخول في مجالات تواصلية مع الآخرين وذلك لتحسين التوافق الاجتماعي لدي أفراد عينة الدراسة .

بينما هدفت دراسة " محمد فتحي عبد الواحد " ( 1994 ) إلى بحث فعالية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وأثر ذلك علي توافقهم النفسي والاجتماعي ، وتكونت عينة الدراسة من ( 40 ) طفلاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 9 – 12 ) عاماً ووالديهم ( 40 ) أبا ، و ( 40) أماً ، وقد تم تقسيم كل من العينات الثلاث : الأطفال ، والأباء ، والأمهات إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، وتمثلت أدوات الدراسة في : مقياس الذكاء غير اللفظي أعداد : عطية هنا ، ومقياس المستوي الاقتصادي الاجتماعي أعداد : كمال دسوقي ، محمد بيومي خليل ، واستمارة بيانات أولية لذوي الإعاقة السمعية أعداد : الباحث ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن : وجود فروق دالة إحصائية في مهارات التواصل لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من جهة نظر الوالدين والأطفال لمواقف تواصلية قبل البرنامج وبعده لصالح الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

وفحصت دراسة " روتمان وبواسو" (1995) Rutman , D . & Boisseau , B . لعلاقة بين فقدان السمع المكتسب وكلاً من الجوانب الاجتماعية والنفسية وعمليات التوافق لدي عينة من ( 22 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 9 – 12 ) عاماً وتم كذلك بحث مفهوم الذات وكيفية التعامل مع ذوي الفقد السمعي مع عينة من عادي السمع مكونة من ( 29 ) طفلاً في نفس مرحلتهم العمرية ، واشتملت أدوات الدراسة علي اختبار للتوافق النفسي والاجتماعي وآخر للمقابلات الشخصية ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وضع إستراتيجية خاصة لذوي الإعاقة السمعية لزيادة التوافق من خلال تنمية مفهوم الذات لديهم وذلك بصورة فردية .

وقامت دراسة " بريف دانيمسك وآخرين " ( 1996 ) Danemesk , Bref , H . et al. بتناول بعض خصائص الطلاب ذوي الإعاقة السمعية في جامعات السوبر بهدف دراسة التوافق لديهم ، وتكونت عينة الدراسة من ( 26 ) طالباً جامعياً من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 18 – 19 ) عاماً ،و اشتملت أدوات الدراسة علي استبيان عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية والدعم الاجتماعي السواء النفسي والصحة وخبرات التعلم ، ووجدت نتائج الدراسة أن هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقة السمعية قد سجلوا مشاعر أكثر بالوحدة والاكتئاب والقلق لكنهم سجلوا أيضاً التزاماً قوياً بالتعلم وبالتكامل الأكاديمي والدراسي وأن هؤلاء الطلاب ينحدرون من أسر ذات مستوي اقتصادي اجتماعي مرتفع .

بينما هدفت **دراسة**" عمرو رفعت" ( 1997 ) لبحث فعالية برنامج إرشادي مقترح في تحسين التوافق الاجتماعي الانفعالي وصورة الذات لدي المراهقين ذوي الإعاقة السمعية ، وتكونت عينة الدراسة من ( 60 ) طالباً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 14 – 17 ) عاماً ، واحتوت أدوات الدراسة علي اختبار للتوافق

الاجتماعي الانفعالي والبرنامج الإرشادي ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين التوافق الاجتماعي الانفعالي وصورة الذات لدي أفراد عينية الدراسة .في حين أن

أما دراسة "أنجريد وجوردون "(1999) Gordown , B. & Ingrid, B. فناقشت تأثيرات الاعتراف بفقد السمع علي التفاعلات الاجتماعية والتوافق لدي عينة الدراسة المكونة من ( 42 ) مراهقاً من ذوي الإعاقة السمعية في عمر ما بين ( 15 – 18 ) عاماً ، وذلك من خلال عقد مقابلات معهم واستخدام استبيان مفتوح لهؤلاء المراهقين حول العجز السمعي لديهم ومدي تقبله ، وأسفرت الدراسة عن أن المراهقين ذوي الإعاقة السمعية الذين تحدثوا بلغة الإشارة عن الفقد السمعي ومدي تأثيره عليهم واعترافهم به كانوا أكثر إيجابية في التفاعلات الشخصية والتوافق النفسي والمهني .

وقامت دراسة" روزماري جولدنسون ومارك جرينبويج " ( 1999) Greenboig, & Goldenson , Rosemary Marc.T ببحث التوافق ليس لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية فقط كالدراسة السابقة بل لدي أمهات هؤلاء الأطفال أيضاً وذلك من خلال فحص واكتشاف العوامل التي تؤثر في ذلك التوافق في المواقف الضاغطة ، و اشتملت عينة الدراسة علي ( 36 ) طفلاً من ذوي الإعاقة السمعية وأمهاتهم وتتراوح أعمارهم هؤلاء الأطفال ما بين( 6 – 9 ) أعوام من تلاميذ المدرسة الأولية و احتوت أدوات الدراسة علي : استبيان خاص بالتوافق والمقابلة الشخصية وبطاقة ملاحظ السلوك من قبل الأمهات ، وأشارت نتائج الدراسة إلي أن :

– الدعم الاجتماعي برز كمتنبئ مهم بالتوافق لدي الأم .

– أن مهارات حل المشكلة لدي الأم برزت كمتنبئ دال علي التوافق لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وكعامل وسيط بين عمر الطفل وتقدير المعلم للتوافق لدي هؤلاء الأطفال .

بينما هدفت دراسة " روزماري جولدنسون " ( 2000 ) Goldenson , Rosemary لفحص تأثير الانخراط الوالدى في برامج تعليمية لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية كمنتبيء بلغة الطفل وبالقراءة المبكرة وبالنمو والتوافق الاجتماعي والانفعالي لديهم ، وتكونت عينة الدراسة من ( 28 ) طفلاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 7–9) أعوام ، وتم استخدام اختبار تعليمي خاص بالقراءة وآخر خاص بالنمو والتوافق الاجتماعي الانفعالي ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن الانحراف الوالدى كان متنبئاً إيجابياً بمهارات القراءة المبكرة وأن كلاً من مهارات التواصل لدي الأم ودرجة الفقد السمعي لهؤلاء الأطفال متنبئات أكثر دلالة باللغة الإيجابية والتطور الأكاديمي لديهم وكذلك التنبؤ بالتوافق الاجتماعي الانفعالي الضعيف لديهم

## خامساً : دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى عادى السمع وذوى الإعاقة السمعية:–

### ا– دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى عادي السمع :

وهدفت دراسة " بول فريك وبنيامين لاهي " ( 1991 ) Frick, Paul, J.& Lahey , Benjamin B. لفحص تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي والدراسي والأسري لدي عينة مكونه

من ( 11 ) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ( 7–10 ) عاماً ، واستخدام : بطاقة ملاحظة السلوك ( للوالدين والمعلمين ) ، واختبار التوافق ( النفسي ، والدراسي والأسري ) وتوصلت نتائج الدراسة إلى : وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق( النفسي والدراسي والأسرى ) لدي أفراد عينة الدراسة ، وأرجعت الدراسة ذلك إلى :– أن التوافق الدراسي يعتمد علي : بيئة المتعلم وعملية التعلم والمناهج الدراسية ،وطبقة الاضطراب لدي المتعلم ،وأن التوافق النفسي يبني علي : تقبل الذات – التفاعل مع الآخرين ( أي البيئة لمحيطة بالفرد ) .

أما **دراسة** " ستيفن جرينسبان وآخرين " ( 1991 ).Greenspan, Stephen et al فبحثت علاقة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بالتوافق المهني لدي عينة مكونه من ( 45 ) مراهقاً من ذوي صعوبات التعلم في عمر يتراوح ما بين ( 15 – 17 ) عاماً من طلاب الجامعة ومن ذوي المستوي الاجتماعي المرتفع ، واشتملت عينة الدراسة علي اختبار لصعوبات العمل وبطاقة ملاحظة السلوك من قبل الوالدين والمعلمين واختبار التوافق المهني وأسفرت نتائج الدراسة عن :

– أن الطلاب الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لديهم سواء توافق مهني وصعوبات صغيرة في العمل .

– ووجد أن الطلاب الذين يربحون أكثر من ( 6 ) دولارات في الساعة ويعملون بدون حدود زمنية ( وقتية ) أي عدد ساعات كثيرة لديهم خطأ مرتفعاً وفرصاً جيده في الحصول علي عمل والتوافق معه .

بينما تناولت دراسة " باسكال أكارادا " ( 1992 ) Accarad , Pasquale الأعراض المصاحبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومنها : التوافق الاجتماعي والانفعالي وصعوبات التعلم والتحصيل الدراسي ، وذلك لدي عينة مكونه من ( 29 ) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ( 8 – 12 ) عاماً ،و اشتملت أدوات الدراسة علي اختبار أدائي لتشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وبطاقة ملاحظة السلوك في مجالات الأسرة والفصل الدراسي بالإضافة لدراسة الحالة وذلك لحالتين من مرتفعي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، واستمارة التحصيل الدراسي ، واختبار الكات للأطفال أعداد : بلاك ، بلاك Black & Black ، واختبار التوافق الاجتماعي الانفعالي وتنخفض نتائج الدراسة إلى : إن زيادة التوافق الاجتماعي والانفعالي يرتبط بخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والعكس صحيح وذلك في المحيط الأسري والمدرسي.

فى حين أن دراسة " سوليل جريج " ( 1995 ) soleil , Gregg بحثت مدي تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق الاجتماعي والإدراك والفشل الدراسي والهوية وضعف تقدير الذات ومشكلات النمو والذاكرة لدي عينة مكونة ممن ( 18 ) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين ( 7–11 ) عاماً ، و احتوت أدوات الدراسة علي : استمارة المقابلة مع الوالدين والمعلمين ، وبطاقة ملاحظة مباشرة للتركيبات الحركية المتنوعة" بطريقة الجلوس الحركي للأطفال " وبطارية التحصيل الدراسي ، واختبارات سيكومترية لقياس التوافق الاجتماعي والسلوك الانفعالي والذاكرة والإدراك وتقدير الذات والهوية ، وتم استخدام برنامج علاجي قائم علي التغذية الراجعة والنموذج العلاجي المتعدد ( العلاج السلوكي

المعرفي ) وتوصلت نتائج الدراسة إلى :انخفاض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لارتفاع مستوي التوافق الاجتماعي لدي أفراد عينة الدراسة .

أما دراسة "وليم ورينيه " ( Renet, L. & William, N.( 1996 فبحثت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق الدراسي لدي الطلاب الذين يتعرضون لمواقف خطيرة ، وتكونت عينة الدراسة من ( 11 ) طالباً لديهم صعوبات في مادة : القراءة ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 14-16 ) عاماً ،و اشتملت أدوات الدراسة علي : بطاقة ملاحظة للسلوك من قبل المعلمين ، واستمارة المقابلة أعداد : الباحثان وبرنامج إرشادي للمعلمين باستخدام الكمبيوتر ، واختبار التوافق الدراسي ، وآخر بصعوبات التعلم وأشارت نتائج الدراسة إلى :ارتباط اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الطلاب الذين يتعرضون لمواقف خطيرة بانخفاض التوافق الدراسي وازدياد صعوبات التعلم وأوصت الدراسة بضرورة : - تدريب المعلمين للطلاب علي التعرض لمواقف خطره باستخدام الكمبيوتر واستخدام المعلمين لوسائط تعليمية عديدة لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وتحسين التوافق الدراسي لدي الطلاب .

- اعتماد المعلمين في البرامج العلاجية للطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي السلوك التدعيمي ( المدعم) الإيجابي .

- مناقشة مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأسبابها وسلبياتها ( تأثير السلبية ) علي التوافق الدراسي لدي الطلاب .

- مناقشة التأثيرات الإيجابية لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق الدراسي .

- تصميم برامج تدريبية لتنمية المهارات التدريبية والعلاجية والإرشادية لدي معلمي الطلاب ذوي الاضطراب السلوكية.

في حين أن دراسة " جوليا واكس وديفيد جيلمان " ( 1996 ) .wacks, Julie, M .& Gilman , David, A تناولت التأثيرات المصاحبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومنها : التوافق الدراسي والاجتماعي لدي عينة مكونة من ( 10 ) طلاب تتراوح أعمارهم ما بين ( 5-19 ) عاماً لطلاب المرحلة الأولية حتى الجامعية وتكونت أدوات الدراسة من : برنامج علاجي سلوكي معرفي قائم علي : نمط العلاج ، عمر العينة ( طفولة ، مراهقة ) ، تاريخ بدء العلاج ، ونوعية الصراع الأسرى والعلاقات الدفينة بين الحالة وذويهم ( أسرهم ) ، وبطاقة ملاحظة السلوك للوالدين والمعلمين واختبار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأسفرت نتائج الدراسة عن : ظهور سوء التوافق الدراسي والاجتماعي لدي الطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

وبحثت دراسة " سوبهاشني سنج وآخرين " ( Sinng , Subhashini D. et al.( 1998 تأثير عينة مكونه من ( 48 ) طفلاً ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 7-12 ) عاماً ، وتمثلت أدوات الدراسة في : بطاقة ملاحظة السلوك للوالدين ، واختبار التوافق الانفعالي والاجتماعي وآخر للاستجابات الانفعالية والانطباعات الأولية

والإدراك ، وبرنامج علاجي قائم علي تعديل السلوك باستخدام العلاج الذاتي ،وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض من مستوي التوافق الانفعالي والاجتماعي لدي عينة الدراسة من مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بالإضافة لضعف الاستجابة الانفعالية والأدراج لديهم ( قبل البرنامج ) وقد لوحظ : ارتفاع مستوي التوافق الانفعالي والاجتماعي لديهم وكذلك مستوي الاستجابات الانفعالية والإدراك ( بعد البرنامج ) .

واستعرضت دراسة " كارول سي دوننج " ( 1998 ) Dunning , Carole, Sue التأثيرات المصاحبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وغير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة مكونة من ( 18 ) مراهقاً تتراوح أعمارهم ما بين ( 14 –16 ) عاماً ، واشتملت أدوات القياس علي : اختبار التوافق( المهني والأكاديمي والاجتماعي ) وقد وجد أن نسبة هذا التوافق كانت ( 12% ) قياس قبلي بالإضافة لبرنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وتضمنت نتائج الدراسة : فعالية العلاج السلوكي المعرفي في خفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ووجد : كذلك ارتفاع في مستوي التوافق ( المهني والأكاديمي والاجتماعي ) بنسبة ارتفاع قدرها 44% إذ وصل مستوي التوافق ( المهني والأكاديمي والاجتماعي ) 66% ( قياس بعدي ) .

بينما تناولت دراسة " كريستوفر كارول وجوزيف بونتروتو "( 1998 ) Carroll, Christopher, B.& Ponterotto, Joseph, G. , بحث تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على نوعا آخر من التوافق وهو : التوافق الدراسي وكذلك صعوبات التعلم لدي عينة مكونة من( 48 ) مراهقاً تتراوح أعمارهم ما بين ( 14 – 17 ) عاماً تم تقسيمهم لمجموعتين : الأولى تجريبية عددها ( 24 ) والثانية ضابطة بها نفس العدد .وتكونت أدوات الدراسة من برنامج إرشادي للمعلمين لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال تعرف المعلمين علي : أسباب الاضطراب ومعدل انتشاره وأعراضه وأسبابه وطرق خفض حدته ، ومقياس التوافق الدراسي وآخر لصعوبات التعلم ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى : ارتباط سوء التوافق الدراسي وصعوبات التعلم باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

دراسة "بروس وتومسون " ( 2000) Thompson , J. & Bruce,G. والتي هدفت للتعرف علي تأثير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد أو اضطراب السلوك علي التوافق الانفعالي لدي عينة مكونة من ( 102 ) طفلاً ومراهقاً وأمهاتهم ، وتتراوح أعماره عينة الأطفال ما بين ( 10–7 ) أعوام وأعمار عينة المراهقين ما بين ( 14 – 17 ) عاماً من الريف والحضر في ( 6 ) ولايات أمريكية ، و استعرضت الدراسة كذلك العوامل التي تؤثر في النمو المعرفي والانفعالي ، وأعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي عينة الدراسة ، واشتملت أدوات الدراسة علي : ثلاث مقاييس لقياس التالي : التوافق الانفعالي والنمو المعرفي الانفعالي ، وتشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وقياس أساليب التعلق لدي الأمهات نحو أبنائهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، بالإضافة لبرنامج لخفض حده اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قائم علي العلاج

بالتحليل النفسي ، وأسفرت نتائج الدراسة إلى التالي :وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين مرتفعي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومنخفضي التوافق الانفعالي لدي أفراد عينة الدراسة ، كما بينت النتائج فعالية البرنامج القائم على العلاج بالتحليل النفسي في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أفراد العينة ، وكذلك أشارت نتائج الدراسة إلى أن سوء التوافق الانفعالي لديهم يعزي إلى : اضطراب علاقاتهم مع أمهاتهم ( في المنزل ) ومع معلميهم وزملائهم ( في المدرسة )وأوصت الدراسة بضرورة التدخل الأسرى ( الوالدين ) والمدرسي ( المعلمين ) ببرامج إرشادية لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الذائد لدي هؤلاء الأفراد .

**ب- دراسات تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية :**

هدفت دراسة " بيتى روزنبلوم " (1981) Rosenbloom , Betty هدفت بحث فعالية الإرشاد النفسي من اجل كتابة برنامج لخفض حدة الانتباه وزيادة التوافق لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وتكونت أدوات الدراسة من برنامج الإرشاد النفسي للمعلمين واختبار انتباهى للمعلم في مادة اللغة العربية (النحو-امتحانات الشهور-واستمارة التقييم المدرسية -اختبار التوافق) وتم من خلال تلك الاختبارات جعل التلميذ يعيد كتابة المادة الدراسية التي يدرسها ويتصور مادة جديدة ويقوم بكتابتها ويتم ذلك التالي (مثال-سؤال-إنكار-ارتباط-ضمائر) ويقترح التلاميذ سلسلة متدرجة بصعوبة لكل جزء من الأجزاء السابقة ويقوم بوضعها في موضوع تعبير (إنشاء ) وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي وتنمية الانتباه لدي عينة الدراسة وقد لوحظ ازدياد التوافق النفسي لدي أفراد العينة 0

وهدفت دراسة " عبد العزيز الشخص " (1992) لمقارنة النشاط الحركي الزائد والسلوك التكيفى لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع وعلاقة ذلك بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال ، وتكونت عينة الدراسة من (150) طفلا من ذوي الإعاقة السمعية وتكونت أدوات الدراسة من مقياس السلوك التكيفى ، ومقياس مفهوم الذات للأطفال ، وقد توصلت الدراسة إلى : أن للإعاقة السمعية تأثير كبيرا على سلوكيات أفراد العينة سواء المرغوب فيها أو غير المرغوب ، حيث ينخفض السلوك التكيفى ، ويرتفع مستوى النشاط الحركي الزائد لديهم بالنسبة لأقرانهم عادي السمع .

أما دراسة "فيكتوريا هاجيدورن" (1992).Hagedorn , Victoria ,S إلى بحث فعالية برنامج تعليمي باستخدام الموسيقى لتنمية الانتباه لدى مشتتي الانتباه وبحث اثر ذلك على التوافق النفسي لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، وتكونت أدوات الدراسة من :البرنامج التعليمي القائم على الأنشطة التعليمية الموسيقية واختبار انتباهى يؤديه المعلم و آخر للتوافق النفسي لدى عينة الدراسة يجيب عنه المعلم ، وتوصلت الدراسة إلى :فعالية البرنامج التعليمي الموسيقى في تنمية الانتباه وزيادة مدته وذلك من خلال التركيز على :

التشابهات بين مكونات الخطاب المدرسي في حصة اللغة العربية والموسيقى والتدرج في تناولهما والتمييز بينهم من خلال عدة مستويات منها :

1- إدراك المحفزات 2- موضوع المحفزات 3- الانتباه للدرس

4- التمييز السمعي 5- التمييز بين الخطاب الدراسي ونبرة الصوت 6 - تمييز المقاطع

وكذلك تم التأكيد على فعالية البرنامج في جذب الانتباه لدى عينه الدراسة للبرامج التعليمية ، ووجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين تنمية الانتباه والتوافق النفسي بصفة خاصة في السنوات المبكرة لتربية وتعليم أفراد عينة الدراسة .

**جدول رقم ( 9 )**

**ملخص للدراسات والبحوث السابقة التي تناولها الباحث في دراسته الحالية**

| دراسات المحور | عدد الدراسات | سنة النشر | الهدف | العينة | الأدوات | النتائج |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **الأول** | **16** | **من (2003) إلى (1980)** | **بحث دور السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** | **أطفال ومراهقين من عادي السمع** | **أ- برامج سيكودرامية ب- مقاييس لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** | **فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** |
| **الثاني** | **17** | **من (2001) إلى (1982)** | **بحث دور بعض البرامج علاجية والإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** | **من ذوى الإعاقة السمعية** | **أ-برامج علاجية وإرشادية ب- مقاييس لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** | **فعالية بعض البرامج علاجية والإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد** |
| **الثالث** | **16** | **من (2002) إلى (1971)** | **بحث دور السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات وتنمية بعض المهارات لدى ذوى الإعاقة السمعية** | **من ذوى الإعاقة السمعية** | **أ-برامج سيكودرامية ب- مقاييس لبعض الاضطرابات ج- مقاييس لبعض المهارات** | **فعالية السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات وتنمية بعض المهارات لدى ذوى الإعاقة السمعية** |
| | | **من (2000)** | **بحث دور بعض البرامج في تنمية التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة** | **من ذوى الإعاقة** | **أ-برامج علاجية ب- مقاييس** | **أ- فعالية بعض البرامج في تنمية التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة** |

| الرابع | 16 | إلى (1986) | السمعية بحث علاقة التوافق النفسي وبعض المتغيرات الأخرى لدى ذوى الإعاقة السمعية | السمعية | للتوافق النفسي | السمعية ب- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وبعض المتغيرات الأخرى لدى ذوى الإعاقة السمعية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| الخامس | 13 | من (2000) إلى (1981) | أ- بحث اثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي لدى عادي السمع ب- بحث اثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية | أ- من عادي السمع ب- من ذوى الإعاقة السمعية | أ-مقاييس للتوافق النفسي ب- مقاييس لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد | أ- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و التوافق النفسي لدى عادي السمع. ب- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية |

تعقيب عام على الدراسات والبحوث السابقة

يمكن استخلاص بعض الملامح الرئيسية – في ضوء ما تم عرضه من الدراسات السابقة والتي ارتبطت بمتغيرات الدراسة الحالية سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة - لتلك الدراسات ، وذلك من حيث : الهدف ، والعينة ، والأدوات ، والمنهج المستخدم ، والنتائج ، ويتضح ذلك فيما يلي :

1- من حيث الهدف :

( أ ) استهدفت الدراسات والبحوث التي تناولت دور السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومن ثم تضمنت مجموعة متنوعة من الأهداف وذلك فيما يلي :

– تناولت بعض لدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأعراضه " نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد– الاندفاعية " كما في دراسة : " بترجنسن وآخرين " (2001) Jensen , Peter S..et al. ، و " جوبنز وسيجل " (2000) Gubbins, E. & Siegle , D. ، و "ستيوارت دانسينجر " (2000) Dansinger & Stuart، و" مارجريت سيمرد– كليكمان وآخرين" (1999) Semrud-Clikman , Margaret et al. ، و" باربارا بورشام وستيفن ديمز " (1995) Burcham , Barbara , G.& Demers , S. ، و " كريستينا رامرز– سميث "(1997) Ramirez- Smith , Christina، و" ليندا جو بيفيفر " (19994)Pfeiffer , Linda , Jo.

–و تناولت بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة عرض من أعراض اضطراب الانتباه وهو : نقص الانتباه كما في دراسة : " كاثلين سبينيلى " (1998) Spinelli , Cathleen , G.

–وكذلك نجد بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة عرض من أعراض اضطراب الانتباه وهو : الاندفاعية كما في دراسة : " بيتر جولوتيزر وآخرين " (1998) Gollwitzer , Peter , M. et al. و" جيمس ناى "( 1980) Ney , James , W. .

–وأيضا هناك بعض الدراسات والبحوث السابقة التي هدفت للتعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وغير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، كما في دراسة : " زينتال وآخرين " (1997) .Zentall , S . et al .

–و كذلك فان بعض الدراسات والبحوث السابقة هدفت للتعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، كما في دراسة : " إليس ايكوف " (1993) .Ecoff, Elise , R، و " باتريس وويل "(19990) Woeppel , Patrice، و " ايراهيلفيل ودونا كلارك " ( 19990) Heiveil , Ira &Clark , Dona .

– وركزت بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية السيكودراما في خفض حدة عرض من أعراض اضطراب الانتباه وهو : النشاط الحركي الزائد كما في دراسة : " عادل غنايم " (2001) .

( ب ) أما الدراسات والبحوث التي تناولت فعالية بعض البرامج العلاجية والإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية، ومن ثم تضمنت مجموعة متنوعة من الأهداف ويتضح ذلك فيما يلي :

– استهدفت بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية بعض البرامج العلاجية : كالبرامج التعليمية من خلال التعليم المركز والتعليم التكراري والتعليم المتدرج والتعليم بالملاحظة كما في دراسة : " كولين ويلارد - هولت " (1999) Willard-Holt , Colleen، و" ستيفانش جريج " ( 1998) Stefanich , Greg , P. ، و" شيرى بيرجستهلر " (1997) Burgstahler, Shery, I.،و" آن تومسون وآخرين " (19997) Thompson , Anne et al .

–وتناولت بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية بعض البرامج المعرفية والسلوكية الاجتماعية والتدريبية والتربوية : كما في دراسة :" براتر جريج وآخرين " (1997) Prater , Greg et al. ، و" الدك " (19994) Eldik , T.V، و" بونى هودج وجينى بريستون -سابين " ( 1997) Hodge , Bonnie , M.&Preston- Sabin , Jennie. ، و" آن تومسون وليسلى بيتا " (1996) Tompson , Anne, R.& Bethea , Leslie، و" كيلى ديزموند وآخرين " (19993) Killey , Desmound et al. ، و" كامبل دونالدس وآخرين " (1989) Campbell , Donald's et al. .

– وكذلك استهدفت بعض الدراسات والبحوث السابقة التعرف على فعالية بعض البرامج الإرشادية : كما في دراسة :"ليزا كوبر " (19994) Kupper, Lisa، و" كريستى ميللر " ( 1985) Miller , Christy , L..

– بينما استهدفت دراسة سابقة واحدة التعرف على فعالية بعض البرامج العلاجية : كاستخدام رسوم الأطفال ، كما في دراسة :" جمال عطية فايد " (2001) .

( ج ) في حين استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناول دور السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات وتنمية بعض المهارات لدى ذوى الإعاقة السمعية، ومن ثم تضمنت مجموعة متنوعة من الأهداف ويتضح ذلك فيما يلي :

– استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناول دور السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات مثل : خفض حدة: السلوك العدوانى ؛ وصعوبات التعلم ؛ وبعض المشكلات السلوكية الجنسية ؛ ومحاولات

الانتحار: واضطرابات النطق كما في دراسة : " محمود محى الدين العشرى " (1999) ، و" ايمن المحمدي (1998) ،و " بولاك " (19997) Pollack, B.J. ، و"كومار باتريشيا " (1993) Patricia, Komar ، و" ألين هورفيتز " (1993) Horovitz, Ellen ، و" هارى ليفيت " (1989) Levitt, Harry، و" مارجورى"(1986) Marjorie , I. ، و" روبنسون وكلايتون " (1971).

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناول دور السيكودراما في تنمية بعض المهارات مثل : المهارات الاجتماعية ، والمهارات السلوكية ، والتفكير الابتكارى ، ومفهوم الذات كما في دراسة : " عبد الفتاح رجب " (2002) ، و" دعاء قنديل صادق (1999) ، و" إيتا ميللر " (1993) , Miller Etta، و" سوينك " (1985) Swink , D.F. ، و" مارك اسكيمسكى " (1983) Schimsky , Marc .

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناول دور السيكودراما في الإرشاد الأسرى والمدرسي ، كما في دراسة : " آن مارى بوشينو" (1993) Buchino, Mary , Anne،

( د ) استهدفت الدراسات والبحوث السابقة فعالية بعض البرامج والعلاقات الارتباطية على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية، ومن ثم تضمنت مجموعة متنوعة من الأهداف ويتضح ذلك فيما يلي :

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناولت تأثير التفاعلات الوالدية والاجتماعية والتوافق النفسي " الاجتماعي والانفعالي" كما في دراسة : " روزمارى جولدنسون" (2000) Goldenson , Rosmary. ، و" روزمارى جولدنسون ومارك جرينبويج " (19995) Goldenson, Roesmary &Greenboig , Mark ،و"أنجريد بلودر وجوردون " ( Blood, Ingrid, M.& Bood, Gordonw,M.(1999 ، و"عطية عطية محمد "(1990).

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناولت خصائص التوافق النفسي "الأسرى والاجتماعي " لدى الطلاب ذوى الإعاقة السمعية كما في دراسة : " بيرف دانيمسك وأخرين"(1996) Danemesk , Bref,H. et al. ،و "فيرجينيا سترن وفيليس دوبوا " ( 1994) Stern, Virginia & Phyllis,Dubois، و"انجو موتيلال وكورال موسيلمان " (1994)Anjou, Mootilal& Coral , Musselman، و" أر نولد واتكنز " (1994) Arnold & Atkins و ""أنجو موتيلال "(19993) Anju, Mootilal،.

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناولت علاقة التوافق النفسي والأسرى بمهارات التواصل والانطواء والقلق الاجتماعي والتوافق النفسي كما في دراسة : " محمد فتحي عبد الواحد" (1994) ، و " أندين " (1993) Inden, M. ، و" جون نوستون وشاريسا لأنسج " (1990) Knuston, John,F.& Lansing , Charissa، و"روتمان وبواسو" (1995) Rutman , D.&Boisseau,B. .

-استهدفت بعض الدراسات والبحوث التي تناولت برامج إرشادية لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي وصورة الذات كما في دراسة : " عمرو رفعت " (19997) .

( و ) استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع ، ومن ثم تضمنت مجموعة متنوعة من الأهداف ويتضح ذلك فيما يلي :

1- استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق الانفعالي والاجتماعي لدى عادى السمع كما في دراسة : "جينفر جاربارينو وبروس تومسون " (2000) Garbarino , Jennifer & Thomson , Bruce ، و" سوب هاشنى سنج وآخرين " (1998) Sinng , Subhashini, D. et al. ، و"باسكال اكاردا " (1993) Accarado, Pasquale.

- استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق المهني والأكاديمي لدى عادى السمع كما في دراسة : "كارول سى دوننج "(1998) Dunning , Carole , Sue .

- استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق الدراسي لدى عادى السمع كما في دراسة : كريستوفر كارول وجوزيف بونتروتو " (1998) Carroll, Christopher, B.&Ponterotto , Joseph, G.، و" جوليا واكس وآلان ديفيد جيلمان "(1996) Wacks, Julie, M. &Gilman , David ,, Alan ، و" ريبيه بندر ووليم بندر" (1996) Bender, Renet,N. &Bender, William, L.

- استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق الدراسي والأسرى لدى عادى السمع كما في دراسة : "بول فريك وبنيامين لاهى ""(199) Frick , Paul,J.& Lahey , Benjamin ,B.

- استهدفت الدراسات والبحوث السابقة تناول آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق الاجتماعي فقط لدى عادى السمع كما في دراسة:" سوليل جريج " (1995) Gregg, Soleil.

- إن بعض الدراسات والبحوث السابقة تناولت بحث آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية كما في دراسة : "

فيكتوريا هاجيدرون "(1993) Hagedoreb , Victoria , S. ، و" عبد العزيز الشخص " (1993) ، و"بيتى روزنبلوم " (1981) Rosenbloom, Betty.

- وقد هدفت الدراسة الحالية إلى بحث فعالية برنامج سيكود رامى في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد واثر ذلك على التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .

وبعد استعراض أهداف الدراسات السابقة يتضح ما يلي :

2-من حيث العينة :

تناولت الدراسات السابقة عينات متباينة في العمر الزمني ، والحجم ، والجنس ، والمرحلة التعليمية كما في التالي :

( أ )من حيث العمر الزمني للعينة :

- احتوت معظم الدراسات السابقة على عينات من ذوى الإعاقة السمعية وعادي السمع ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين ( 6–18) عاماً ، حيث تناولت عينات مختلفة من مراحل الطفولة والمراهقة ، بالإضافة لاهتمامها بأكثر من فئة عمريه وكذلك المقارنة بين ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع ، وأيضا جعت دراسات منها الوالدين وكذلك المعلمين أو كلاهما معاً ويتضح ذلك من خلال التالي :

- قد ركزت معظم الدراسات الأجنبية والعربية على مرحلة الطفولة لدى ذوى الإعاقة السمعية ومنها : دراسة : " عبد الفتاح رجب "(2002) و "جمال فايد " (2001) ، و " روزمارى جولدنسون " (2000) Goldenson , Rosmary، و " روتمان وبواسو (1995) Rutman , D.& Boisseau , B. ، و " محمد فتحي عبد الواحد "(1994) و" كيلى ديزموند وآخرين " ( 1993) Kelly , Desmound et al.، و" وكومار باتريشيا " (1992) Patricia , Komar.

- قد تناولت بعض الدراسات الأجنبية والعربية على مرحلة المراهقة لدى ذوى الإعاقة السمعية ومنها : دراسة : " كولين ويلارد - هولت " (1999) Willard – Holt , Collen" ، و" ستيفانيش وجريج " ( 1998) Stefanich , Greg , P. ، و"عمرو رفعت " (1997) ، و" عطية عطية محمد "( 1990) ، " كامبل دونالدس وآخرين " (1989) Campbell , Donalds et al.

- قد تناولت بعض الدراسات الأجنبية والعربية على مرحلة الطفولة لدى عادى السمع ومنها : دراسة : " بتر جنسن وآخرين " (2001) Jensen , Peter S. et al. ، و " عادل غنايم "(2001) ، و " ستيوارت دأنسينجر " (2000) Dansinger & Stuart، و" مارجريت سيمرد – كليكمان وآخرين (1999) Semrud – Clikeman , Margaret et al.، و" باربارا بورشام وستيفن ديمرس " (19995) Burcham , Barbara .,&Demers , Stephen , T. .

- قد تناولت بعض الدراسات الأجنبية والعربية مرحلة المراهقة لدى عادى السمع ومنها : دراسة : " جوبنز وسيجل " (2000) Gubbins , E. & Siegle , D. .

- قد تناولت بعض الدراسات الأجنبية والعربية مرحلتي الطفولة والمراهقة لدى عادى السمع ومنها : دراسة : " ايرا هيلفيل ودونا كلارك " (1990) Heilveil , Ira & clark , Dona ، و" جينفر جاربارينو وبروس تومسون " (2000) Jennifer , Thompson & Garbarino , Bruce .

- قد تناولت بعض الدراسات الأجنبية والعربية مرحلتي الطفولة والمراهقة لدى ذوى الإعاقة السمعية ومنها : دراسة : " هارس اوبرين " (1987) Obrien , Deborah , Harris.

- وشملت الدراسة الحالية مرحلة الطفولة المتأخرة لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية والذين تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاماً .

( ب ) حجم العينة :

- تراوحت أحجام عينات الدراسات السابقة ما بين ( 8– 454) طفلاً من ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع والآباء والأمهات والمعلمين ، ويتضح ذلك من خلال التالي :

- كانت تلك العينات ما بين ( 5–12) أطفال كما في " دراسة : " بتر جنسن وآخرين " (2001) Jensen , Peter S. et al. ، و " جوبنز وسيجل " (2000) Gubbins , E. & Siegle , D. ، و "عادل

غنايم (2001) ، و" كريستينا رامرز - سميث " (1997) Ramirez – Smith , Christina، و" مارجريت سيمرد – كليكمان وآخرين (1999) Semrud – Clikeman , Margaret et al.، و " بولاك " (1997) Pollack, B..J. .

-بينما تناولت دراستان عينة مكونة من فرد واحد ، وهما دراسة : " سوينك " (1985) Swink ,D.,F. و "روبنسون وكلايتون " (1971) Clayton, L.& Robinson, D. .

- بينما تناولت دراسة واحدة عينة مكونة من فرد ين ، وهما دراسة : " إلين هوروفيتز " (1992) Horovitz , Ellen، و" كومار باتريشيا " (1992) Patricia , Komar .

- و كانت تلك العينات ما بين(13–30) كما في " دراسة : "جون نوتستون وشاريسا لانسنج " (1990) Knutson , Johen , F.& Lansing , Charissa , R.، و " إندين " (1992) Inden , M. ، و" بيرف دانيمسك وآخرين " (1996) Danemesk , Bref , H.et al. .

- وتناولت دراسة واحدة عينة مكونة من (150) فرداً وهى دراسة : " عبد العزيز الشخص " (1992) .

- تراوحت أعداد تلك العينات ما بين ( 31–48) طفلاً، كما في " دراسة : " محمود محي الدين العشري " (1999) ، و "كريستوفر كارل وجوزيف بونتروتو " (1998) Christopher , B. , Ponterotto & Joseph, G. ، و " امانزيا - ويسلى وهاجت بارليف " (1992) Weiseli , Amatzia & Bar – Lev , Hagit، و" بتر جولوتيزر وآخرين " (1980) Gollwitzer , Peter , M..et al..

- وتناولت دراسة واحدة عينة مكونة من ( 102) فرداً وهى دراسة : " جينفر جربارينو وبروس تومسون " (2000) Jennifer , Thompson & Garbarino , Bruce.

- وتناولت دراسة واحدة عينة مكونة من ( 60) فرداً وهى دراسة : "بيرف دانيمسك وأخرين " (1996) Danemesk , Bref , H..et al. .

- وتناولت دراستان عينة مكونة من ( 70–71) فرداً وهما دراسة : "عطية عطية محمد " (1990) ، و" أنجوموتيلال " (1993) . Mootilal , Anju .

- بينما احتوت الدراسة الحالية على عينة مكونة من ( 8) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية ، إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى : تجريبية : وهى مكونة من (4) من ذوى الإعاقة السمعية ، والثانية : ضابطة : وهى مكونة من (4) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية .

( ج ) جنس العينة :

- تضمنت بعض البحوث والدراسات السابقة عينات من الأبناء ذوى الإعاقة السمعية من الجنسين (ذكوراً وإناثا ) مثل دراسة : " عبد الفتاح رجب " (2002) ،و " جمال عطية فايد " (2001) ، و" ايمن المحمدي " (1998) ، و" كومار باتريشيا " (1992) Patricia , Komar، ، و" عطية عطية محمد " (1990) ، و" جيمس ناى " (1980) Ney , Games W. .

- كما اشتملت بعض البحوث والدراسات السابقة على عينات من الذكور ذوى الإعاقة السمعية فقط مثل دراسة : " كولين ويلارد – هولت " ( 1999) . Willard- Holt , Colleen ، و" عمرو رفعت " (1997) ، و" الدك " (1994) Eldik , T.V. ،و" باتريس ووبل (1990) Woeppel Patrice ..

- كما اشتملت بعض البحوث والدراسات السابقة على عينات من الذكور والإناث وآبائهم مثل دراسة : " ليزا كوبر " (1994) Kupper , Lisa، و "عبد العزيز الشخص " (1992) .

– كما تضمنت بعض البحوث والدراسات السابقة على عينات من ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع مثل دراسة : " انجو موتيلال وكورال موسيلمان " (1994) Anju, Mootilal &Carol, Musselman ، و "أرنولد واتكنز " (1991) Arnold & Atkins .

– بينما احتوت الدراسة الحالية على عينة مكونة من ( 8) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية من الجنسين ، إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى : تجريبية : وهى مكونة من (4) من ذوى الإعاقة السمعية ، والثانية : ضابطة : وهى مكونة من (4) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية بواقع (6) ذكور و(2) إناث .

( د ) المرحلة التعليمية للعينة :

– تضمنت معظم البحوث والدراسات السابقة عينات من تلاميذ المدارس الابتدائية للصم وضعاف السمع مثل دراسة : " عبد الفتاح رجب " ، و" بترجنسن وآخرين " (2001 ) Jensen. , Peter S.et al. ، و" جمال فايد عطية " (2001) ، و "ستيوارت دأنسينجير " (2000) Dansinger & Stuart ، و " مارجريت سيمرد–كليكمان " (1999) Semrud- Clikeman , Margaret et al. ، و" باتريس ووبل " (1990) Woeppel , Patrice . .

– اشتملت كثير من البحوث والدراسات السابقة عينات من تلاميذ معاهد للصم وضعاف السمع المراهقين مثل دراسة : " جوبنز وسيجل " (2000) Gubbins E. & Siegle , D. ، و " كولين ويلارد – هولت " (1999) Willard- Holt , Colleen ، و " ويلما فيالى وجون باترسون " (1998) Vialle , Wilma & Paterson , John.

– تضمنت بعض البحوث والدراسات السابقة عينات من تلاميذ المدارس الابتدائية والإعدادية للصم وضعاف السمع مثل دراسة " جينفر جاربارينو وبروس تومسون " (2000) Jennifer Garbarino &, Bruce , Thompson ، و " ايرا هليفيل ودونا كلارك " (1990) Heilveil , Ira &Clark , Dona ، و " هارس اوبرين " (1987) Obrien ,Deborah , Harris .

بينما احتوت الدراسة الحالية على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية لمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع.

3-من حيث الأدوات المنهج :

تنوعت أدوات الضبط والقياس والبرامج " العلاجية والإرشادية " وأيضا الأدوات الإكلينيكية ويتضح ذلك كما في التالي :

( أ ) دراسات وبحوث المحور الأول :

– تباينت أدوات الضبط والقياس للعينات كما في دراسة " ستيوارت دانسينجر " (2000) Dansinger & Stuart.

– تم استخدام برنامج علاجي " باستخدام السيكودراما " مع الدراسة الإكلينيكية في دراسة " بترجنسن وآخرين " (2001) Jensen , Peter s. et al.، و " جوبنز سيجل " (2000) Gubbins ,E.& Siegle , D. .

– كما تم استخدام برامج علاجية بالإضافة لبرامج إرشادية كما في دراسة " مارجرت سيمرد - كليكمان وآخرين " (1999) Semrud-Clikeman , Margaret et al. .

( ب ) دراسات وبحوث المحور الثاني :

– تنوعت أدوات الضبط والقياس للعينات إذ تم استخدام اختبار رسم الرجل لقياس الذكاء ، وأيضا برنامج إرشادي سلوكي مقدم من قبل المعلمين كما في دراسة " جمال عطية فايد " (2001) ، و " آن تومسون و آخرين " (1997) Thompson , Anne , R. et al. .

– تم استخدام برنامج إرشادي سلوكي مقدم للمعلمين والوالدين كما في دراسة " ليزا كوبر " (1994) . Kupper, Lisa.

* كما تم استخدام برامج علاجية بالإضافة لبرامج إرشادية كما في دراسة " مارجرت سيمرد - كليكمان وآخرين " (1999) Semrud-Clikeman , Margaret et al. .

–كما تم استخدام المنهج التجريبي في دراسات وبحوث هذا المحور .

( ج ) دراسات وبحوث المحور الثالث :

– اتفقت دراسات وبحوث هذا المحور في استخدامها للبرامج العلاجية من خلال السيكودراما - تارة لتنمية بعض المهارات الاجتماعية - كما في دراسة "عبد الفتاح رجب" (2002) ، أو تنمية مهارات التفكير الابتكارى كما في دراسة " دعاء قنديل صادق " (1999) ، وتارة أخرى لخفض حدة بعض الاضطرابات المثل الاضطرابات السلوكية كما في دراسة " محمود محي الدين العشري " (1999) ، و" ايمن المحمدي " (1998) ، و" بولاك " (1997) Pollack , B.J. .

– تم استخدام المنهج التجريبي في دراسات وبحوث هذا المحور .

( د ) دراسات وبحوث المحور الرابع :

– تم استخدام المنهج الوصفي كما في غالبية دراسات وبحوث هذا المحور منها دراسة " روزمارى جولدنسون ومارك جرينبويج "(1999) Goldenson , Rosemar & Greenboig , Market ، و" روتمان وبواسو " (1995) Rutman , D. & Boisseau , B. ، و" انجوموتيلال وكورال موسيلمان "(1994) Anjou , Mootilal & Carol , Musselman.

– تم استخدام المنهج التجريبي في بعض دراسات وبحوث هذا المحور كما في دراسة " روزمارى جولدنسون " ( 2000) Goldenson , Rosemary ، و" عمرو رفعت " (1997) .

– وقد تم استخدام المنهج الوصفي في معظم دراسات وبحوث هذا المحور، بالإضافة للمنهج التجريبي في قليل منها .

( و ) دراسات وبحوث المحور الخامس :

– تم استخدام المنهج التجريبي والوصفي في بعض من دراسات وبحوث هذا المحور كما في دراسة " جينفر جاربارينو وبروس تومسون " (2000) Jennifer Garbarino &, Thompson , Bruce .

– تم استخدام المنهج التجريبي في بعض دراسات وبحوث هذا المحور كما في دراسة " فيكتوريا هاجيدرون " (1992) Hagedorn , Victoria , S. ، و " ستيفن جريسبان وأخرين " ( 1991) Greenspan , Stephen et al. ، و " بول فريك وبنيامين لاهى " (1991) Frick , Paul , J. & Lahey , Benjamin , B. .

– لقد تم استخدام المنهج التجريبي وكذلك المنهج الوصفي في دراسات وبحوث هذا المحور.

– بينما تم في الدراسة الحالية استخدام المنهج التجريبي والإكلينيكي في الدراسة الحالية ، وكذلك تم استخدام أدوات الدراسة متمثلة في : أدوات ضبط العينة ( استمارة بيانات عامة لذوى الإعاقة السمعية - واختبار رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال - واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية ، وأدوات قياس ممثلة في : مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد - ومقياس التوافق النفسي والبرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما ، وأدوات إكلينيكية مكونة من استمارة دراسة الحالة لذوى الإعاقة السمعية واختبار فهم الموضوع للأطفال .

5- من حيث النتائج :

تباينت وتنوعت نتائج البحوث والدراسات السابقة ، ويتضح من خلالها ما يلي :

( أ ) دراسات وبحوث المحور الأول :

– أكدت دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودرما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عادى السمع ، وذلك من خلال خفض حدة عرض من أعراض هذا الاضطراب مثل : خفض حدة اضطراب الانتباه النشاط الحركي الزائد : كما في دراسة " بترجنسن وآخرون " (2001) Jensen , Peter S. et al. ، و" جو بنز و سيجل " (2000) Gubbins ,E.& Siegle , D. .

– بينما أكدت مجموعة أخرى من دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودرما خفض حدة عرض من أعراض هذا الاضطراب مثل : خفض حدة النشاط الحركي الزائد : كما في دراسة "عادل غنايم " (2001) ، و" زينتال وآخرين " (1997) Zentall , S. et al..

– وقد أكدت دراسات وبحوث أخرى في هذا المحور على فعالية السيكودرما في خفض حدة عرض من أعراض هذا الاضطراب مثل : خفض حدة الاندفاعية : كما في دراسة " بيترجولوتيزر وآخرين " (1980) Gollwitzer , Peter , M. et al. ، و" جيمس ناى " (1980) Ney , James .

( ب ) دراسات وبحوث المحور الثاني :

– أشارت دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية بعض البرامج العلاجية والإرشادية مثل بعض البرامج العلاجية القائمة على استراتيجية التعليم المتدرج والتعليم بالملاحظة والتعليم المرحلي والإرشادي وأيضا التعليم المركز والتعليم التكراري في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية ، وذلك كما في دراسة " بونى هودج وجنى بريستون - سايبن " (1997) Hodge , Bonnie , M. &Preston- Sabin Jennie والتي استخدمت برنامج علاجي سلوكي اجتماعي في خفض حدة اضطراب الانتباه عن طريق حل مشاكل الانتباه والتركيز على صعوبات التذكر ، و" كولين

ويلارد– هولت " (2002) Willard- Holt, Colleen " و "كولين ويلارد–هولت " (1999) , Willard- Holt Colleen و"ستيفانيش جريج " (1998) .Stefanich , Greg , P، .

– بينما بينت مجموعة أخرى من دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية برنامج سلوكي قائم على إحداث تنمية لمفهوم الذات في خفض حدة النشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية ، وذلك كما في دراسة " كريستى ميللر " (1985) .Miller , Christy , L.

– وقد أظهرت دراسات وبحوث أخرى في هذا المحور فعالية رسوم الأطفال في خفض حدة الاندفاعية وتنمية التروي ، وذلك من خلال خفض حدة عرض من أعراض هذا الاضطراب مثل : خفض حدة الاندفاعية : كما في دراسة " " جمال عطية فايد " (2001) ، و " كامبل دونالدس وآخرين " ( 1989) .Campbell , Donald's et al.

( ج ) دراسات وبحوث المحور الثالث :

– أشارت دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات لدى ذوى الإعاقة السمعية - مثل الاضطرابات السلوكية الصحة – ، وذلك كما في دراسة " محمود محي الدين العشري " (1999) ، و" ايمن المحمدي " (1998) ، والاضطرابات الجنسية كما في دراسة "كومار باتريشيا " Patricia , Komar (1992) ، ودراسة " روبنسون وكلايتون " (1971) Clayton , L.& Robinson, D. .

– بينما بينت مجموعة أخرى من دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودرما في تنمية بعض المهارات - مثل المهارات الاجتماعية – كما في دراسة " عبد الفتاح رجب " (2002) ، و" سوينك " (1985) .Swink , D.F ، و " دعاء قنديل صادق " (1999)، وتنمية الاضطرابات اللغوية " النطق والكلام "مثل دراسة " آيتا ميللر " (1993) Miller , Etta ، و" هارى ليفيت " (1989) Levitt , Harry ، و "مارجورى " (1986) .Marjorie , L.

( د ) دراسات وبحوث المحور الرابع :

– أوضحت دراسات وبحوث هذا المحور على وجود علاقة ارتباطيه بين التوافق النفسي والتأثيرات الو الدية لدى ذوى الإعاقة السمعية ، وذلك كما في دراسة " " روزمارى جولدنسون " ( 2000) , Goldenson Rosemary ، أو دراسة خصائص الطلاب ذوى التوافق المنخفض كما في دراسة " بيرف دانيمسك وآخرين " (1996) .Danemesk , Bref H. et al

– كما أظهرت بعض دراسات وبحوث هذا المحور على وجود علاقة ارتباطيه بين التوافق النفسي وبعض الجوانب الاجتماعية والنفسية لدى ذوى الإعاقة السمعية ، وذلك كما في دراسة " روتمان وبواسو " (1995)

و" فيرجينيا سترن وفيليس دوبوا " (1994) Rutman , D.& Boisseau, B. ،
Anju, Mootilal & Carol , Phyllis .

– في حين بينت مجموعة أخرى من دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية برنامج لتنمية مهارات التواصل وأثره على التوافق النفسي والاجتماعي لدى ذوى الإعاقة السمعية كما في دراسة "محمد فتحي عبد الواحد " (1994) .

–إلا أن هناك دراسة واحدة في هذا المحور أظهرت وجود علاقة ارتباطيه بين كفاءة التواصل والتوافق الاجتماعي والانفعالي وتصور الذات لدى ذوى الإعاقة السمعية كما في دراسة "إندين " (1992) Inden , M. .

( و ) دراسات وبحوث المحور الخامس :

– أشارت دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و أثره على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية ، وذلك كما في دراسة " فيكتوريا هاجيدورن " (1992) Hageodorn , Victoria , S. ، و "عبد العزيز الشخص " (1992) ، و"بيتى روزنبلوم " (1981) Rosenbloom , Betty .

– أشارت دراسات وبحوث هذا المحور على فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و أثره على التوافق النفسي لدى عادى السمع ، وذلك كما في دراسة " جينفر جاربارينو وبروس تومسون " ( 2000) Jennifer , Thompson & Garbarino , Bruce، و " كريستوفر كارول وجوزيف بونتروتو " (1998) Carroll . Christopher , B. & Ponterotto , Joseph , G. ، و" كارول سى دوننج "(1998) Dunning , Carole , Sue .

– وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى : وجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في: اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية لصالح المجموعة التجريبية بعد البرنامج مباشرة وبعد فترة المتابعة ، وأيضا تختلف ديناميات شخصية الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد المرتفع والتوافق النفسي المنخفض قبل البرنامج عنه بعد البرنامج .

<u>ومن خلال التعليق على الدراسات السابقة يتضح ما يلي :</u>

– انصبت العديد من البحوث والدراسات السابقة على بحث فعالية السكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " نقص الانتباه - النشاط الحركي الزائد - الاندفاعية " لدى عادي السمع ، بينما لم توجد دراسة واحدة تناولت فعالية السكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية .

– تناولت العديد من البحوث والدراسات السابقة اثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي لدى عادى السمع تارة أخرى تناول القليل منها فعالية بعض البرامج العلاجية في خفض

حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي واثر ذلك البرنامج على التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية

- كذلك لم توجد دراسة بحثت اثر فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على التوافق النفسي " الشخصي والاجتماعي والدراسي " .

فروض الدراسة :

في ضوء الإطار النظري للدراسة وما أسفرت عنه الدراسات والبحوث السابقة فقد قام الباحث بصياغة فروض الدراسة الحالية كإجابات محتملة للتساؤلات التي أثيرت في مشكلة الدراسة كالتالي :

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

8-لا توجد فروق دالة ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

وسوف يعرض الباحث في الفصل الرابع لخطة الدراسة وإجراءاتها والتي تتناول أدوات الدراسة والمنهج المستخدم والعينة .

# الفصل الرابع
# خطة الدراسة وإجراءاتها

**مقدمة**

يتناول الباحث في هذا الفصل المنهج المستخدم في الدراسة الحالية ، وعينة وأدوات الدراسة ، وأيضا إجراءاتها والأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحث في معالجة البيانات ، وفيما يلي عرض لذلك :

**أولا : منهج الدراسة :**

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج شبه التجريبي باعتبارها تجربة هدفها التعرف على فعالية برنامج علاجي باستخدام السيكودراما (كمتغير مستقل) في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (كمتغير تابع أول ) وأثره في التوافق النفسي (كمتغير تابع ثان ) لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، إذ يناسب ذلك المنهج طبيعة تلك الدراسة ، ومن ثم فقد تم تعريض أفراد المجموعة التجريبية للمتغير المستقل بينما لم تتعرض المجموعة الضابطة لذلك ، ويوضح الجدول التالي التصميم التجريبي لمجموعات الدراسة الحالية .

**جدول (10)**
**التصميم التجريبي لمجموعات الدراسة الحالية**

| مجموعات الدراسة | القياس القبلي | المعالجة التجريبية | القياس البعدي | القياس التتبعى |
|---|---|---|---|---|
| المجموعة التجريبية ن = 4 | مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " | برنامج علاجي باستخدام السيكودراما | مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" | مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " |
| المجموعة الضابطة ن = 4 | مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، ومقياس التوافق النفسي" الشخصي والدراسي والاجتماعي " | لا توجد معالجة تجريبية | مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " | ----------- |

**ثانيا : عينة الدراسة :**

تكونت عينة الدراسة المبدئية من (13) تلميذا وتلميذة من ذوى الإعاقة السمعية من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية ، ثم تم اختيار العينة النهائية والتي بلغ قوامها( 8) تلاميذ ؛إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين : الأولى : تجريبية تحتوى على ( 4) تلاميذ ، والثانية : ضابطة وتشمل ( 4) تلاميذ ، حيث تم المجانسة بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ، درجة الإعاقة(من ذوى الصمم الكلى ) ، مستوى الذكاء ، نوع الإقامة " إقامة خارجية " ، النمط المختلط لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والذي يشتمل على:

أ- نقص الانتباه . ب- النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ، والتوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " ، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية ...

وقد تكونت عينة الدراسة النهائية من (8) تلاميذ من ذوى الإعاقة السمعية، إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين : الأولى مكونة من ( 4) ضابطة ، و الثانية مكونة من ( 4) تجريبية.

**جدول ( 11 )**

**عدد الأفراد المستبعدين من الدراسة**

| م | النوع / طبيعة الاستبعاد | الذكور | الإناث | إجمالي |
|---|---|---|---|---|
| 1 | العمر الزمني | 1 | | 1 |
| 2 | درجة الإعاقة | 1 | | 1 |
| 3 | نوع الإقامة | 1 | | |
| 4 | المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي | – | – | |
| 5 | الذكاء | 1 | | 1 |
| 6 | الطفل ذي الاستجابات الإشارية المضطربة | 1 | | |
| 7 | البرامج علاجية الأخرى التي يتعرض لها الطفل | | 1 | |

**جدول ( 12 )**

**توزيع أفراد عينة الدراسة**

| نوع العينة / مصدر اختيار العينة | المجموعة التجريبية | المجموعة الضابطة |
|---|---|---|
| مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق | 4 | 4 |

**جدول ( 13 )**

**أعداد التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية في المجموعة التجريبية والضابطة**

| المجموعة التجريبية | | | المجموعة الضابطة | | |
|---|---|---|---|---|---|
| الجنس / الفصل الدراسي | ذكور | إناث | الجنس / الفصل الدراسي | ذكور | إناث |
| **2/4** | **1** | | **1 /4** | **1** | |
| **1/5** | | **1** | **2 /4** | **1** | |
| **3/6** | **1** | | **1 /6** | | **1** |
| **2/6** | **1** | | **1 /7** | **1** | |

ولقد قام الباحث بالتأكد من تجانس كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل من العمر الزمني والذكاء ، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية والنمط المختلط لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد أ- نقص الانتباه ب-النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية والتوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " .

**أولا: بالنسبة للعمر الزمني :**

ولتحقيق التجانس بين أفراد العينة في العمر الزمني فقد تم اختيارهم من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية في مرحلة الطفولة المتأخرة ممن تتراوح أعمارهم ما بين ( 9–12) عاما ، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العمر الزمني .

**جدول ( 14 )**

**دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في العمر الزمني وهذا دليل على تجانس أفراد الدراسي في العمر الزمني**

| المجموعة | متوسط الرتب | معامل مان ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | 4.5<br>4.5 | 16.00 | 37.00 | 0.00 | غير دالة |

**ثانيا: بالنسبة للذكاء :**

ولقد قام الباحث بتطبيق مقياس رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال تقنين : فاطمة حلمي ( 1983) على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة للتحقق من تجانس المجموعتين في الذكاء ، والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الذكاء.

**جدول ( 15 )**

**دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في الذكاء وهذا دليل على تجانس أفراد الدراسي في الذكاء .**

| المجموعة | متوسط الرتب | معامل مان ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | 4.5<br>4.5 | 14.00 | 35.00 | 0.92 | غير دالة |

**ثالثا : بالنسبة للمستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة ككل " الدرجة الكلية " الاجتماعي :**

والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي.

**جدول ( 16 )**

**دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي**

| المجموعة | متوسط الرتب | معامل مان ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | 5.72<br>3.28 | 12.00 | 33.50 | 0.88 | غير دالة |

وهذا دليل على تجانس أفراد الدراسة الحالية في المستوى الاجتماعي ، وهذا يشير إلى أن المجموعتين متجانستين في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة ككل " الدرجة الكلية " .

**رابعا : بالنسبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأبعاده " نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد – الاندفاعية " :**

والجدول التالي يوضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأبعاده " نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ".

**جدول ( 17 )**

**دلالة للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وهذا يشير لتجانس المجموعتين في هذا المتغير**

| أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد | المجموعة الضابطة ن=4 | المجموعة التجريبية ن=4 | معامل مان ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | م الرتب | م الرتب | | | | |
| نقص الانتباه | 3.16 | 5.84 | 12.50 | 33.50 | 0.86 | غير دالة |
| النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | 2.44 | 6.66 | 13.00 | 35.00 | 0.82 | غير دالة |

ويتضح من الجدول عدم وجود دلالة للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وهذا يشير لتجانس المجموعتين في هذا المتغير .

**خامسا : بالنسبة للتوافق النفسي بأبعاده " التوافق الشخصي والتوافق الدراسي والتوافق الاجتماعي" :**

تتضح دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق النفسي بأبعاده " التوافق الشخصي والتوافق الدراسي والتوافق الاجتماعي من خلال الجدول التالي :

**جدول ( 18 )**

**دلالة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق النفسي**

| أبعاد التوافق النفسي | المجموعة الضابطة ن=4 | المجموعة التجريبية ن=4 | معامل مان ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | م الرتب | م الرتب | | | | |
| التوافق الشخصي | 4.46 | 4.54 | 16.50 | 38.40 | 0.96 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | 2.65 | 6.35 | 14.75 | 32.74 | 0.72 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | 3.78 | 5.32 | 12.66 | 31.90 | 0.68 | غير دالة |

ويتضح من الجدول عدم وجود دلالة للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" وهذا يشير لتجانس المجموعتين في هذا المتغير .

وبناء على ذلك فأن أي فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات المتغيرات التابعة " اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و التوافق النفسي " يمكن أن ترجع إلى فاعلية المتغير المستقل " البرنامج السيكودرامى " المستخدم في الدراسة الحالية وذلك بعد تطبيق البرنامج .

**ثالثا : أدوات الدراسة :**

**أولا : أدوات ضبط العينة**

1- استمارة بيانات عامة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث

2 -مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية إعداد :محمد بيومي خليل (2000)

3- اختبار رسم الرجل إعداد : جود انف- هاريس Harris - Good enough ( 974 1) تقنين : فاطمة حلمي ( 1983) .

**ثانيا : أدوات سيكومترية لقياس متغيرات الدراسة :**

1- مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية -الصورة المدرسية -صورة الطفل المصورة ) إعداد : الباحث.

2- مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية -الصورة المدرسية-صورة الطفل المصورة ) إعداد : الباحث

3- استمارة التقييم لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث .

4 - استمارة الملاحظة الأسبوعية لسلوك الحالة لذوى الإعاقة السمعية من قبل المعلمين والوالدين (أولياء الأمور ) والباحث إعداد : الباحث

5 - استمارة المدى الانتباهى لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

6- استمارة اللزمات الحركية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

7- استمارة الأخطاء الاندفاعية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

8- جدول التدعيم لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث

**ثالثا : أداة علاجية**

البرنامج العلاجي باستخدام السيكودرامى لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث

**أولا : أدوات لقياس ضبط العينة**

**1- استمارة بيانات عامة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث**

استخدم الباحث هذه الاستمارة بهدف ضبط العينة في الدراسة الحالية ، كما في ملحق ( 1 ) وهي تشمل مجموعه من البيانات تتعلق بالتالي :

**1- بيانات عن الطالب :**

وتحتوى على اسم الطالب ، واسم المدرسة ، وعمره الزمني، ونوع التعليم ، ومحل الإقامة ، وعدد أفراد الأسرة ، وجنس الطالب وترتيبه ، ودرجة الإعاقة السمعية ، ونوع الإقامة ، وتردده على أطباء من عدمه ، وتعرضه لبرامج علاجية في نفس توقيت البرنامج السيكودرامى ....

**2- بيانات عن الوالدين :**

وتبين معيشة الوالدين مع الطفل في المنزل ، أو زواج أحدهما أو الانفصال بالطلاق أو بدون ، أو وجود إعاقة للوالدين أو أحدهما .....

**3- بيانات عن الأخوة :**

وتحتوى على عدد الاخوة ومدى تلقيهم لخدمات أو وجود إعاقة لديهم أو لدى أحدهم .....

**2- مقياس المستوي الاجتماعي/ الاقتصادي / الثقافي ( المطور )للأسرة المصرية :** إعداد : محمد بيومي خليل (2000) ، كما في ملحق ( 2 ) ولقد اسماه المؤلف ( بالمطور ) تمييزا له عن مقياس سبق للمؤلف إعداده في رسالة الدكتوراه عام ( 1984 ) تحت مسمى " المستوى الاجتماعي / الاقتصادي للأسرة المصرية " ، والمقياس الحالي يقيس بالإضافة إلى المستوى الاجتماعي / الاقتصادي ، المستوى الثقافي ؛ هذا بالإضافة إلى تغيير شامل وجذري في قياس المستوى الاجتماعي / الاقتصادي ، إن لم يكن تماما ، وذلك مرجعه إلى التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدها المجتمع المصري ، مما يتطلب قياسها بشكل يجعل قدراته اكبر ، بشكل ينعكس على قياس هذا المتغير البالغ التعقيد ، والصعب القياس ، خاصة في مجتمع اخذ في التقدم بصورة سريعة ومتلاحقة في فترات وجيزة ، تغيرات في معظمها ، بل في أساسها اقتصادي ، وانعكس بعضها بشكل سلبي على الحياة الاجتماعية والثقافية في المجتمع ، بشكل زاد من صعوبتها وتعقيدها ، والمقياس الحالي : يقيس المستوى الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي الذي يضم الأبعاد التالية :

**أولا : المستوى الاجتماعي للأسرة** : ويتضمن :

1- الوسط الاجتماعي 2- حالة الوالدين
3- العلاقات الأسرية 4- المناخ الأسري السائد
5- حجم الأسرة ( المعالين فقط ) 6- المستوي التعليمي لجميع أفراد الأسرة
7- النشاط المجتمعي لأفراد الأسرة 8- المكانة الاجتماعية لمهن أفراد الأسرة

**ثانيا : المستوى الاقتصادي للأسرة** : ويتضمن :

1- المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة
2- مستوى معيشة الأسرة : ويتضمن : (أ ) مستوى السكن ( ب) مستوى الأثاث
3- مستوى الأجهزة والأدوات المنزلية 4- استهلاك الأسرة من الطاقة
5- التغذية والرعاية الصحية والعلاج الطبي 6- وسائل النقل والاتصال
7- إنفاق الأسرة على التعليم ومستوى الخدمات التعليمية 8- الخدمات الترويحية
9- الاحتفالات والحفلات 10- الخدمات المنزلية المعاونة
11- المظهر الشخصي والهندام لأفراد الأسرة

**ثالثا : المستوى الثقافي للأسرة** : ويتضمن :

ويقيس المستوى العام لثقافة الأسرة من حيث :

1 - الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة 2- المواقف الفكرية للأسرة
3 - اتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة 4 - درجة الوعي الفكري
5- النشاط الثقافي لأفراد الأسرة

**تصحيح المقياس :**

ويشتمل المقياس على ( 50) عبارة ، ويتبع المقياس الطريقة الثلاثية في التصحيح .

**جدول ( 19 )**

**طريقة تصحيح مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية**

| نوع الاستجابة | دائما | أحيانا | أبدا | اتجاه العبارات |
|---|---|---|---|---|
| | 3 | 2 | 1 | في العبارات الموجبة |
| | 1 | 2 | 3 | في العبارات السالبة |

**تقنين المقياس :**

تم اختيار عينة التقنين من عينات مختلفة من المجتمع المصري من أبناء الريف والحضر ، من طلاب الجامعات ، والثانوي ، وقد بلغ حجم عينة التقنين ( 500) طالب وطالبة .

**صدق المقياس :**

تم حساب صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي والذي يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات الربعين الأعلى والأدنى للمقياس و أبعاده ( ن1 =ن2 = 135) .

**جدول ( 20)**

**صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية**

| الأبعاد ( المقاييس الفرعية ) | الربع الأعلى | | الربع الأدنى | | (ت ) ودلالاتها |
|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | |
| المستوى الاجتماعي | 54 | 12 ,6 | 32 | 19 ,8 | 16** |
| المستوى الاقتصادي | 125 | 35 ,4 | 82 | 17 ,2 | 12 ,6** |
| المستوى الثقافي | 122 | 27 ,9 | 65 | 19 ,3 | 23 ,8** |
| المستوى الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي | 301 | 78 ,4 | 179 | 48 ,7 | 15 ,3** |

** دالة عند مستوى 0.01     * دالة عند مستوى 0.05

**ثبات المقياس :**

تم حساب المقياس بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني قدرة ثلاثة اشهر ، وقد كانت معاملات الارتباط بين المرتين كما يلي :

المستوى الاجتماعي = 95, 0المستوى الاقتصادي = 92 , 0المستوى الثقافي = 97, 0

المستوى الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي = 94, 0

ولقد تم استخدام المقياس في دراسات عديدة منها دراسة : محمد النوبي (2000) ، ودراسة : ايريني سمير عوض ( 2001) ، ودراسة : رضا عبد الستار (2002) ، ودراسة : عبد الفتاح رجب ( 2002) .

**3- اختيار رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال**

إعداد : جود انف – هاريس Goodenough - Harris ( 1926 ) الترجمة للبيئة العربية مصطفى فهمي ( 974 1) وتقنين: فاطمة حنفي ( 1983)، وذلك كما في ملحق (3) .

**إعداد الاختبار :**

قامت جود انف Good Enough ( 1926 ) بوضع هذه الأداة من اجل قياس الذكاء للأطفال ، وقد قام" دل هاريس " Harris , Del بتعديل الاختبار في عام ( 1963) ، وفى ضوء هذا التعديل اصبح الاختبار مكونا من ( 73) مفردة قابلة للقياس ، وهو يصلح لقياس ذكاء الأطفال من سن ( 3 – 15)عاما ، وقد قام مصطفى فهمي ( 974 1) بترجمة وتقنين هذا الاختبار على البيئة المصرية ، وكان معامل ثباته هو( 0.82)، وقد قامت بإعادة تقنينه : فاطمة حنفي ( 1983) ، ويوضح ملحق (4) مفتاح تصحيحه.

**منطق الاختبار :**

يعتمد منطق هذا الاختبار على : أن قدرة الطفل على تكوين مفاهيم عقلية وإدراكات حالية تظهر في رسمه لصورة الرجال ، ويصلح لقياس ذكاء الأطفال من سن (3-15) عاما ، وقد قام مصطفى فهمي بتقنينه على البيئة المصرية ووصل معامل ثباته (82, 0) ( فؤاد أبو حطب ، سيد عثمان : 1979، 199-200). وقد قامت فوقيه حسن عبد الحميد (2002) بتقنين هذا الاختبار على عينة قوامها (80) طفل وطفلة ، وكان معامل الارتباط بطريقة إعادة التطبيق (0.70) ، بينما وصل معامل الصدق (0.83) (فوقيه حسن عبد الحميد : 40،2002).

**وصف الاختبار :**

و يتضمن اختباراً من نوع الورقة والقلم ، ويصلح لاستخدامه على الأطفال في الفترة العمرية من ( 4-12) عاما ، ويعتمد على " شكل الإنسان " أي رسم الرجل والذي يعد اصلح من المرأة ومن الطفل في أن يتخذ موضوعا للرسم نظراً لعدم وجود اختلاف كبير بين ملابس الرجال ، وبعد تطبيق الاختبار على ( 400) طفل من تلاميذ رياض الأطفال والمدرسة الابتدائية انتهت إلى أن هناك مجموعة عناصر يمكن اعتبارها أساسا لهذا الاختبار.

وتذكر " انستازى " أن هذا الاختبار مرتفع الكفاءة التقويمية للأطفال الذين لا يسمعون ولا يتكلمون( صم بكم ) نظراً لسهوله تطبيقه لكونه لا يتطلب مهارة لغوية سواء في الشرح أو في التطبيق ، بالإضافة إلى أن هذا المقياس قد تم تطبيقه على ذوى الإعاقة السمعية كما في دراسة : زينب إسماعيل ( 1968) ، ودراسة : بحرية داؤد ( 1970) ، ودراسة : محمد متولي غنيمة ( 1976) ، ودراسة : فؤاد أبو حطب وسيد عثمان ( 1979) ، ودراسة : نهى اللحامى ( 1980) ، ودراسة : سهير المهندس ( 1990) ، ودراسة : ليلى صوان (1991) ، ودراسة : عزة خليل ( 1993) ، ودراسة : ايهاب الببلاوى ( 1995) ، ودراسة : ايمن المحمدي ( 1998)، ودراسة : شحاته سليمان ( 2000) ودراسة : عبد الفتاح رجب ( 2002) .

**ثبات وصدق الاختبار :**

وقد وصل معامل الثبات في هذه الدراسات ما بين ( 0.82- 0.98) ، وتراوح معامل الصدق ما بين ( 0,77-0.97) .

وقد قام الباحث بحساب معامل الثبات للاختبار بطريقة إعادة الاختبار على عينة الدراسة الاستطلاعية ، وقد وصل معامل الارتباط ( 0.96) عند مستوى دلالة 0.01

**جدول ( 21 )**

**معامل ثبات اختبار رسم الرجل**

| الاختبار | القياس الأول | | القياس الثاني | | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | | |
| اختبار رسم الرجل | 89.86 | 8.98 | 90.2 | 8.98 | 0.96 | 0.01 |

وقد تم حساب الصدق باستخدام الصدق التجريبي من خلال معامل ارتباطه باختبار الذكاء غير اللفظي أعداد : احمد ذكى صالح وهو من الاختبارات التي تم استخدامها في دراسات سابقة عديدة وكذلك تم تقنينها على عينة مكونة من ( 50 ) من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، وقد وجد أن معامل الارتباط قد وصل بين اختبار الذكاء غير اللفظي أعداد : احمد ذكى صالح واختبار رسم الرجل لجود انف ( 0.84) وهو دال عند مستوى ( 0.01) .

**تصحيح الاختبار :**

يعطى المصحح درجة واحدة لكل مفردة من المفردات الواردة في مفتاح التصحيح وعددها ( 73) مفردة ، ثم تجمع درجات المفردات الصحيحة للحصول على الدرجة الخام التي حصل عليها الطفل في هذا الاختبار ، وبناءاً على هذه الدرجة الخام يتم استخراج نسبة الذكاء من الجدول الموجود كما في ملحق ( 5 ) .

**تعليمات الاختبار :**

تتمثل تعليمات الاختبار في انه يطلب من الأطفال استبعاد كل شيء أمامهم فيما عدا ورقة وقلم ، ثم يطلب من كل طفل أن يرسم صورة رجل ، مع ملاحظة أن يرسم بأحسن ما يستطيع ويخبر الباحث هؤلاء الأطفال بأنه لا توجد إجابة: ب( نعم ) أو: ب ( لا ) في هذا الاختبار عند سؤال الطفل له عن أحد أجزاء جسم الرجل : ولكن تكون الإجابة هي : ارسم بالطريقة التي ترى أنها مناسبة لإحساسك وفهمك ، وتوضع علامة ( √) على المفردة الصحيحة ويحصل الطفل على درجة واحدة ، وعلامة خطأ( $\chi$ ) على المفردة الخاطئة .

**أسباب استخدام الباحث لها المقياس مع ذوى الإعاقة السمعية :**

1- سهل التطبيق والتصحيح.
2- لا يحتاج لمهارة لغوية وهو الأمر الذي يفتقده ذوى الإعاقة السمعية.
3- لا يحتاج إلى وقت طويل في تطبيقه وتصحيحه.

**ثانياً – أدوات قياس سيكومترية :**

**أولا : مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة )**

– خطوات بناء مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسي – صورة الطفل المصورة ).

تم خلال عدة خطوات إعداد مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية وذلك في ضوء التالي :-

1-اطلاع الباحث على الإطار النظري عن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

2-اطلاع الباحث على بعض المقاييس السابقة التي تتعلق بقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، ومنها ما يلي :

أ- مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال (1999) إعداد : السيد على سيد احمد ، وتتكون أبعاده من التالي : 1- نقص الانتباه 2- النشاط الحركي الزائد .3- الاندفاعية ، وهو مكون من صورتين الأولى الصورة الأسرية ، والثانية الصورة المدرسية ، وتتدرج استجاباته على عبارات المقياس إلى أربعة استجابات وهى : دائما (3) درجات ، وأحيانا (2) ونادرا ( 1) درجة ، وأبدا( صفر) .

ب- اختبار تزاوج الأشكال المألوفة (1987) إعداد كاجان وآخرون (1965) ،وقد قننه للبيئة العربية : حمدى على الفرماوى ( 1987) وهو يتكون من (14) مفردة : المفردتين الأوليتين للتدريب على الاختبار أما الباقي فيتم اخذ نتائجها الدالة على الأسلوب المعرفي وتتكون كل مفردة من شكل أساسي يقابلها ستة أشكال أخرى مختلفة مع الشكل الأساسي في تفاصيل دقيقة ما عدا بعض أحد هذه الأشكال الذي يتطابق تماما مع الشكل الأساسي والذي يطلب من كل مفحوص أن يحدد في كل مفردة من المفردات ويحسب له عدد الأخطاء التي يرتكبها أثناء ذلك ثم يتم حساب زمن الاستجابة الأولى على كل مفردة باستخدام ساعة إيقاف .

ج-اختبار تزاوج الأشكال (1990) : إعداد السيد السمادونى ، وهو من الاختبارات التي تقيس سعة الانتباه والتي تشير إلى قدرة الفرد على أن ينتبه إلى اكثر من مثير في وقت واحد ، ويتم تسجيل الاختبار على شريط كاسيت ويطلب من الطفل التركيز بحيث يستجيب بكلمة (نعم ) عندما يسمع فقط الأرقام السمعية المزدوجة والمحددة ثم يتم بعد ذلك حساب عدد المثيرات المتروكة وعدد الأخطاء وذلك في الزمن المحدد.

د- اختبار مطابقة الأشكال (م أ) لقياس الأسلوب المعرفي التروي / الاندفاع إعداد : فاطمة حلمي (1991) ، وهو خاص بأطفال الحضانة ، وأساس الاختبار إتاحة عدة بدائل للإجابة أمام المفحوص بحيث تجعله في حالة شك في صحة أي منها ، وفكرته تنبع من تزاوج الأشكال ، وينقسم الاختبار إلى جزأين الأول : وهو جزء للتدريب ولا تحتسب درجاته ، والجزء الثاني يتكون من (8) مفردات تؤخذ نتائجها للدلالة على الأسلوب المعرفي ، ويوجد اسفل الشكل أربعة أشكال أخرى تتشابه مع

الشكل الأساسي وعلى المفحوص اختيار شكل من الأربعة يتشابه مع الشكل الموجود في أعلى الصفحة .

و– مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط ترجمة وتعريب: عادل عبد الله محمد (2002)، وهو يتضمن (18) عبارة هي نفس العبارات الواردة في DSM-IV قام بترجمتها، وتستخدم هذه العبارات كمقياس لأنماط اضطراب الانتباه في العديد من الجامعات الأوربية والأمريكية إلى جانب المراكز الطبية هناك. ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات هي (نعم – أحياناً – نادراً – لا) تحصل على الدرجات (3 – 2– 1 – صفر) على التوالي. وتخصص العبارات التسع الأولى لاضطراب الانتباه كنمط من أنماط الاضطراب، وتدل الدرجات 18 فأكثر على وجود الاضطراب، بينما تخصص العبارات التسع الأخيرة لنمط النشاط الزائد/الاندفاعية، وتدل الدرجات 18 فأكثر على وجود الاضطراب. أما النمط المختلط والذي يتضمن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط فيتطلب حصول الفرد على 36 درجة على الأقل بحيث لا تقل درجاته في كل نمط من النمطين السابقين عن 18 درجة،وتتم الاستجابة على هذا المقياس من جانب الأخصائي النفسي.

هـ – مقياس ضعف الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية إعداد : احمد عبد الرحمن إبراهيم ،السيد محمد أبو هاشم ( 2002) ، وهو يشتمل على ثلاثة أبعاد الأول : ضعف الانتباه والثاني : النشاط الحركي الزائد والثالث : الاندفاعية ، ويحتوى على ( 51) عبارة تم توزيعهم كالتالي (20) عبارة للبعد الأول ، و( 18) عبارة للبعد الثاني ، (13) عبارة للبعد الثالث.

3–قيام الباحث بالدراسة الاستطلاعية .

4–وضع الصورة الأولية للمقياس وتحكيمه .

5– التجريب المبدئي للمقياس .

6– كفاءة المقياس باختبار ثباته وصدقه .

7– الصورة النهائية للمقياس

**3– الصورة المبدئية للمقياس :**

**أ – تحديد أبعاد المقياس :**

تحدد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM Iv الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ، ويطلق عليه " النمط المختلط" وقد قام الباحث تعريفاً إجرائيا لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد و أبعاده " نقص الانتباه ، والنشاط الحركي الزائد- الاندفاعية( الصورة الأسرية - والصورة المدرسية - وصورة الطفل المصورة ) بهدف التعرف على مدى صحة التعريف الإجرائي لهذه الأبعاد وكذلك لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بصورة الثلاث ( المدرسية والأسرية وصورة الطفل المصورة ) .

**ب– تحديد عبارات المقياس :**

ويتكون المقياس في صورته المبدئية من ( 31 ) عبارة للصورة الأسرية ،و( 30 ) عبارة للصورة المدرسية ، و( 39 ) صورة لصورة الطفل المصورة ، والهدف من ذلك تحديد مدى انتماء كل عبارة أو

صورة إلى البعد الخاص بها ، وكذلك تحديد اتجاه العبارة أو الصورة موجب أم سالب ، ومدى مناسبة العبارة أو الصورة مع الفئة العمرية لعينة الدراسة الحالية .

**4- العرض على المحكمين :**

**أ- التقدير الكمي :**

قام الباحث بعرض المقياس على السادة المحكمين وذلك لإبداء الرأي ، ثم قام الباحث بتفريغ تلك الآراء وأبقى على العبارات والصور التي تراوحت نسبة اتفاق المحكمين فيها ما بين ( 90-100)% .

**ب- التقدير الكيفي :**

بناء على آراء المحكمين ، قام الباحث بحذف أو تعديل العبارات والصور التي أسفرت عنها عملية التحكيم العبارات التي اتفق المحكمين على استبعادها أو تعديلها في الصورة الأسرية .

**5- التجريب المبدئي للمقياس :**

قام الباحث بأجراء تطبيق للمقياس بصورته الأولية للصورة الأسرية ، و للصورة المدرسية ولصورة الطفل المصورة على عينة مكونة من (60) تلميذ وتلميذة من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع ، وذلك في الصفوف الدراسية من الرابع إلى السابع الابتدائي ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) عاماً .

ويحتوى المقياس في صورته الأولية للصورة الأسرية للمقياس على ( 31 ) عبارة ، وفي صورته الأولية للصورة المدرسية على ( 26 ) عبارة ، وفي صورته الأولية لصورة الطفل المصورة على ( 42 ) صورة .

**أ- نوع الاستجابة وطريقة التصحيح :**

اختصر الباحث عدد البدائل في نوع استجابات المقياس تبعاً لطريقة " ليكرت " Likert من خمسة بدائل إلى ثلاثة بدائل في كل من الصورة الأسرية والمدرسية ، وذلك لكي تكون طريقة الاستجابة عليها سهلة الفهم والإدراك لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من عينة الدراسة ، ويتضح ذلك كما في

**جدول رقم ( 22 )**

**طريقة الاستجابة والتصحيح لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**( الصورة الأسرية والمدرسية )**

| نوع الاستجابة / نوع العبارات | أ- يقوم بهذا السلوك بصورة مستمرة | ب- يقوم بهذا السلوك أحيانا | ج- نادرا ما يقوم بهذا السلوك |
|---|---|---|---|
| العبارات الموجبة | 3 | 2 | 1 |
| العبارات السالبة | 1 | 2 | 3 |

أما صورة الطفل المصورة للمقياس فقد تم ترتيب رسومات البعد الأول الخاص " بنقص الانتباه " أولا والذي يحمل أربعة رسومات لاختيار الرسم المتطابق أو المتشابه مع الرسم الأول ، ثم يشير البعد الثاني للنمط أ الخاص "بالنشاط الحركي الزائد " والذي تنقسم استجاباته لثلاث استجابات تتضح من خلاله ثم يشير النمط ب " للاندفاعية " والذي تنقسم استجاباته لخمسة صور يطلب التعرف على الصورة المختلفة من الأشكال الخمسة .

**جدول ( 23 )**

**طريقة الاستجابة والتصحيح لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( صورة الطفل المصورة )**

| نوع الاستجابة / نوع العبارات | أ- انا زيه باستمرار | ب- انا زيه احيانا | ج- عمرى ما كنت زيه |
|---|---|---|---|
| العبارات الموجبة | 3 | 2 | 1 |
| العبارات السالبة | 1 | 2 | 3 |

كما تشير الدرجة المنخفضة إلى أفراد العينة الذين يعانون من نقص الانتباه والدرجة المرتفعة تدل على النشاط الحركي الزائد بينما تدل الدرجة المنخفضة على الاندفاعية ، وذلك تبعا لمحات الدليل التشخيصى للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في إصداره الرابع D S M IV يتطلب تحديد الطفل ذي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد أن ينطبق عليه $\frac{2}{3}$ العبارات أو الصور من المقياس ككل أو من البعد .

**ب- توزيع عبارات وصور المقياس :**

تم ترتيب عبارات المقياس للصورتين الأسرية والمدرسية بطريقة التتابع من حيث الأبعاد بحيث تكون العبارات الدالة على البعد الأول : " نقص الانتباه " في بداية المقياس ثم بعد ذلك العبارات الدالة على البعد الثاني ( أ ) : " النشاط الحركي الزائد " ، وأخيرا العبارات الدالة على البعد الثالث ( ب) : " الاندفاعية " .

## 6- كفاءة المقياس :

**أولا : الثبات :**

قام الباحث بحساب ثبات الاختبار بالطرق التالية :

1- معامل الفا كرونباخ .

2- التجزئة النصفية ( سبيرمان - براون ، وجتمان ) .

3-إعادة الاختبار .

**جدول ( 24 )**

**معاملات الثبات لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بصورة الثلاث ( الصورة الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة )**

| أبعاد المقياس | الصورة | معاملات الثبات بطريقة " الفا كرونباخ " | معاملات الثبات بطريقة " التجزئة النصفية " | | إعادة الاختبار |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | سبيرمان –براون | جتمان | |
| أولا : نقص الانتباه | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | ** 0.73<br>** 0.78<br>** 0.64 | **0.72<br>** 0.66<br>**0.78<br>**0.88 | **0.74<br>**0.90 | ** 0.65<br>**0.92<br>**0.85 |
| ثانيا : النشاط الحركي الزائد | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | **0.70<br>** 0.65<br>** 0.74 | **0.86<br>**0.77<br>**0.64<br>**0.63 | **0.79<br>**0.74 | **0.62<br>** 0.78<br>**0.74 |
| ثالثا : ب–الاندفاعية | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | ** 0.78<br>** 0.79<br>**0.66 | **0.69<br>**0.82<br>**0.85<br>**0.78 | **0.92<br>**0.62 | ** 0.73<br>**0.90<br>** 0.79 |

** دالة عند 0.01

**2- التجانس( الاتساق ) الداخلي :**

تم حساب عاملات الارتباط بين درجة كل عبارة أو صورة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تلك العبارة أو الصورة ، وقد تراوحت معاملات الارتباط للصورة الأسرية ما بين ( 0.32– 0.74 ) ،وللصورة المدرسية ما بين (0.33: 0.78) ولصورة الطفل المصورة ما بين( 0.36– 0.80) .

## ثانيا : صدق المقياس :

**1- الصدق المنطقي ( المحتوى ) :**

ويدل الصدق المنطقي على ملائمة الاختبار لما يقيسه ، ولذا فقد تمت صياغة أبعاد المقياس وعباراته من خلال الاعتماد على الإطار النظري والإصدار الرابع للدليل التشخيصى للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي D S M IV ، وكذلك اطلاع الباحث على عدد من مقاييس اضطراب الانتباه المصحوب وغير المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بالإضافة لمعايشة الباحث لأفراد عينة الدراسة من ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وذلك لمراعاة مناسبة العبارات والصور لقياس ما صيغت من اجله .

**2- الصدق الظاهري ( المحكمين ) :**

وقد تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد ( 45 ) من السادة أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة والمخرجين والمشرفين المسرحيين ومعلمي مدارس الأمل للصم وضعاف السمع ، وذلك لإبداء الرأي والحكم على مدى صدق مضمون العبارات والصور الخاصة بالمقياس ومدى فعالية ما وضع لقياسه ، ثم قام الباحث بتفريغ الآراء ومراعاة الملاحظات الخاصة بعبارات أو صور كل بعد وأيضا لعبارات أو صور المقياس ككل ، ولذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على عبارات أو صور المقياس معيارا للصدق ، ويتضح ذلك كما في ملحق رقم ( 6 ) و(7) قائمة بأسماء السادة المحكمين .

**3- صدق المحك ا لتلازمي :**

وتم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد بين مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بصورة الثلاث (الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ) إعداد الباحث ومقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( المحك ) ترجمة وتعريب : عادل عبد الله محمد (2002) إذ قام الباحث بتطبيق مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ترجمة وتعريب : عادل عبد الله ( 2002) ، وهو يتكون من بعدين يحتويان على النمط المختلط للاضطراب: البعد الأول " نقص الانتباه - والبعد الثاني :النشاط الحركي الزائد/ والاندفاعية " ، ويتضمن هذا المقياس (18) عبارة هي : نفس العبارات الواردة في DSM IV ، ويتم في الفترة الحالية استخدام هذه العبارات كمقياس لأنماط اضطراب الانتباه في العديد من الجامعات الأوربية والأمريكية بالإضافة لبعض المراكز الطبية هناك ،ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات هي( نعم - أحيانا - نادراً - لا ) ، ويحصل المستجيب على الدرجات التالية ( 3-2-1-صفر ) على التوالي، وتخصص العبارات التسع الأولى : لاضطراب الانتباه كنمط من أنماط الاضطراب ، وتدل الدرجات (18) فأكثر على وجود الاضطراب ، بينما تخصص العبارات التسع الأخيرة لنمط النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ، وتدل الدرجات ( 18) فاكثر على وجود الاضطراب ، أما النمط المختلط والذي يتضمن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد فيتطلب حصول الفرد على (36) درجة على الأقل بحيث لا تقل درجاته في كل من النمطين السابقين عن (18) درجة ، وقد تمت الاستجابة على هذا المقياس من جانب الأخصائي النفسي ، وقد تم حساب معاملات الارتباط بين مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " الصورة الأسرية - والصورة المدرسية - وصورة الطفل المصورة " أعداد الباحث ، و مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " ترجمة وتقنين: عادل عبد الله ( 2002) معاملات الارتباط للأبعاد المتناظرة والدرجة الكلية بين مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " الصورة الأسرية - والصورة المدرسية - وصورة الطفل المصورة " إعداد الباحث ، و مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " ترجمة وتقنين: عادل عبد الله ( 2002).

جدول رقم ( 25 )

معاملات الارتباط للأبعاد المتناظرة والدرجة الكلية بين مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " الصورة الأسرية - والصورة المدرسية - وصورة الطفل المصورة " إعداد الباحث و مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد " ترجمة وتقنين:عادل عبد الله (2002)

| الصورة الأسرية | | | الصورة المدرسية | | | صورة الطفل المصورة | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| معاملات الارتباط / الأبعاد | نقص الانتباه | النشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية | معاملات الارتباط / الأبعاد | نقص الانتباه | النشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية | معاملات الارتباط / الأبعاد | نقص الانتباه | النشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية |
| نقص | 0.872 | 0.812 | نقص | 0.852 | 0.862 | | 0.839 | 0.872 |

| الانتباه | | | الانتباه | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية | 0.872 | 0.972 | النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية | 0.862 | 0.872 | | 0.872 | 0.872 |

**جدول ( 26 )**

**معاملات الارتباط بين البعد والدرجة الكلية للمقياس**

| **الصورة** | **الأبعاد** | **معاملات الارتباط بين البعد والدرجة الكلية للمقياس** |
|---|---|---|
| **الأسرية** | نقص الانتباه | 0.590 * |
| | النشاط الحركي الزائد- الاندفاعية | 0.482 * |
| **المدرسية** | نقص الانتباه | 0.512 * |
| | النشاط الحركي الزائد- الاندفاعية | 0.570 * |
| **صورة الطفل المصورة** | نقص الانتباه | 0.494 * |
| | النشاط الحركي الزائد- الاندفاعية | 0.538 * |

**** دالة عند 0,01**

**4- التجانس الداخلي :** وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمى إليه تلك العبارة ، وقد تراوحت معاملات الارتباط للصورة الأسرية ما بين (0.44-0.67) ، وللصورة المدرسية ما بين (0.42-0.69) ، ولصورة الطفل ما بين (0.44-0.95 ) ، ويوضح ملحق (8) مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( الصورة الأسرية ) ، وملحق (9) يشير لورقة إجابة هذا المقياس في صورته الأسرية ،وملحق (10) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة ، ويوضح ملحق (11) مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( الصورة المدرسية ) وملحق (12) يشير لورقة إجابة هذا المقياس في صورته المدرسية ، وملحق (13) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة ، ، ويوضح ملحق (14) مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( صورة الطفل المصورة ) وملحق (15) يشير لورقة إجابة هذا المقياس في صورته الأسرية ،وملحق (16) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة .

**جدول ( 27 )**

**توزيع عبارات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( الصورة الأسرية)**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | 1 -12 | 12 | 36 |
| النشاط الحركي الزائد | 13-21 | 9 | 27 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| الاندفاعية | 22–27 | 9 | 27 |
| المجموع | 27عبارة | 30 | 90 |

**جدول(28 )**

**توزيع عبارات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد( الصورة المدرسية )**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | 1–12 | 12 | 36 |
| النشاط الحركي الزائد | 13–21 | 9 | 27 |
| الاندفاعية | 22–27 | 9 | 27 |
| المجموع | 27عبارة | 30 | 90 |

**جدول (29 )**

**توزيع عبارات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**( صورة الطفل المصورة )**

| البعد | رقم الرسم أو الصورة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | 1–18 | صفر | 18 |
| النشاط الحركي الزائد | 19–27 | 9 | 27 |
| الاندفاعية | 28–36 | صفر | 9 |
| المجموع | 36 صورة أو رسم | 9 | 54 |

## ثانيا : مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية — صورة الطفل المصورة )

–خطوات بناء مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية — صورة الطفل المصورة )

تم خلال عدة خطوات مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية وذلك في ضوء التالي :–

1–اطلاع الباحث على الإطار النظري عن التوافق النفسي ( الشخصي والاجتماعي والدراسي ) لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

2–اطلاع الباحث على بعض المقاييس السابقة التي تتعلق بقياس التوافق النفسي ( الشخصي والاجتماعي والدراسي ) لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية وعادي السمع مثل :

1– اختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية ( د.ت) إعداد : عطية هنا

2- مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي للراشدين(1994) إعداد: على محمد الديب ويتكون من (100) عبارة وتقسم أبعاده إلى : التوافق الشخصي والاجتماعي والأسرى والجسمي والانسجام مع المجتمع .

3- اختبار تداعى الكلمات Word Association Test لكارل يونج .

4- اختبار التوافق الشخصي والاجتماعي أعداد : عطية هنا

5- مقياس التوافق الدراسي لطلبة الجامعة إعداد :حسين عبد العزيز الدرينى

6-مقياس التوافق النفسي للأطفال الصم إعداد : حمدي محمد شحاته عرقوب ( 1996 ) ،ويحتوى على التوافق الشخصي والاجتماعي ، وهو صورة خاصة بالمعلم أو الأخصائي النفسي ، وهناك استجابتين هما : ( نعم) و( لا) ، وعدد عباراته (44) عبارة .

7- مقياس التوافق النفسي للصم إعداد : عاطف محمد السيد الأقرع ( 1999 )، وهو يحتوى على ثلاثة أبعاد الأول التوافق الشخصي والثاني التوافق الاجتماعي والثالث التوافق المهني ، وعدد عباراته مكونة من ( 60) عبارة ، ويقيس التوافق النفسي لدى الصم في المرحلة العمرية ما بين (18-22) عاما ، وتتدرج استجاباته تحت ثلاث هم : نعم ، وأحيانا ، ولا .

3-قيام الباحث بالدراسة الاستطلاعية .

4-وضع الصورة الأولية للمقياس وتحكيمه .

5- التجريب المبدئي للمقياس .

6- كفاءة المقياس باختبار ثباته وصدقه .

7- الصورة النهائية للمقياس .

## 2- الصورة المبدئية للمقياس :

**أ- تحديد أبعاد المقياس :**

تبعا للدراسة الاستطلاعية فقد قد قام الباحث بوضع تعريفاً إجرائيا للتوافق النفسي و بأبعاده " الشخصي والدراسي والاجتماعي " ( الصورة الأسرية - والصورة المدرسية - وصورة الطفل المصورة ) بهدف تحديد تلك الأبعاد وكذلك للتوافق النفسي .

**ب- تحديد عبارات المقياس :**

ويتكون المقياس في صورته المبدئية من ( 33 ) عبارة للصورة الأسرية ،و( 28 ) عبارة للصورة المدرسية ، و( 24 ) صورة لصورة الطفل المصورة ، والهدف من ذلك تحديد مدى انتماء كل عبارة أو صورة إلى البعد الخاص بها ، وكذلك تحديد اتجاه العبارة أو الصورة موجب أم سالب ، ومدى مناسبة العبارة أو الصورة مع الفئة العمرية لعينة الدراسة الحالية .

**3- العرض على المحكمين :**

**أ- التقدير الكمي :**

قام الباحث بعرض المقياس على السادة المحكمين وذلك لإبداء الرأي ، ثم قام الباحث بتفريغ تلك الآراء وأبقى على العبارات والصور التي تراوحت نسبة اتفاق المحكمين فيها ما بين ( 90–100)% .

**ب– التقدير الكيفي :**

بناء على آراء المحكمين ، قام الباحث بحذف أو تعديل العبارات و الصور التي أسفرت عنها عملية التحكيم العبارات التي اتفق المحكمين على استبعادها أو تعديلها في الصورة الأسرية .

ويوضح العبارات التي اتفق المحكمون على تعديلها.

**5– التجريب المبدئي للمقياس :**

قام الباحث بأجراء تطبيق للمقياس بصورته الأولية :الصورة الأسرية ،والصورة المدرسية ، وصورة الطفل المصورة على عينة مكونة من (60) تلميذ وتلميذة من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع ، وذلك في الصفوف الدراسية من الرابع إلى السابع الابتدائي ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاماً .

**أ– نوع الاستجابة وطريقة التصحيح :**

اختصر الباحث عدد البدائل في نوع استجابات المقياس تبعاً لطريقة " ليكرت " Likert من خمسة بدائل إلى ثلاثة بدائل في كل من الصورة الأسرية والمدرسية ، وذلك لكي تكون طريقة الاستجابة عليها سهلة الفهم والإدراك لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية وذلك في الصورة الأسرية والمدرسية .

**جدول رقم ( 30 )**

**ويبين طريقة تصحيح مقياس التوافق النفسي( الصورة الأسرية و الصورة المدرسية )**

| نوع الاستجابة / نوع العبارات | أ– يقوم بهذا السلوك بصورة مستمرة | ب– يقوم بهذا السلوك بصورة أحيانا | ج– نادرا ما يقوم بهذا السلوك |
|---|---|---|---|
| العبارات الموجبة | 3 | 2 | 1 |
| العبارات السالبة | 1 | 2 | 3 |

أما لصورة الطفل المصورة للمقياس فقد تم ترتيب رسومات البعد الأول الخاص " التوافق الشخصي فالتوافق الدراسي ثم التوافق الاجتماعي " بطريقة دائرية والذي تنقسم استجاباته لثلاث استجابات تتضح من خلال.

**جدول ( 31 )**

**طريقة تصحيح مقياس التوافق النفسي**

( الصورة الأسرية – و الصورة المدرسية )

| نوع الاستجابة / نوع العبارات | أ- انا زيه باستمرار | ب- أنا زيه أحيانا | ج- عمرى ما كنت زيه |
|---|---|---|---|
| العبارات الموجبة | 3 | 2 | 1 |
| العبارات السالبة | 1 | 2 | 3 |

كما تشير الدرجة المرتفعة إلى أفراد العينة الذين يعانون من التوافق النفسي المنخفض بينما تدل الدرجة المنخفضة على أفراد العينة منخفضي التوافق النفسي ، ويتطلب تحديد الطفل غير المتوافق نفسيا أن ينطبق عليه $\frac{2}{3}$ العبارات أو الصور من المقياس ككل.

**ب- توزيع عبارات وصور المقياس :**

تم ترتيب عبارات المقياس للصورتين الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة بطريقة دائرية بحيث تكون العبارة رقم ( 1) تدل على البعد الأول " التوافق الشخصي " ، والعبارة رقم ( 2) تشير للبعد الثاني " التوافق الدراسي " ، والعبارة رقم ( 3) تشير للبعد الثالث " التوافق الاجتماعي " .

## 6- كفاءة المقياس :

**أولا : الثبات :**

قام الباحث بحساب ثبات الاختبار بالطرق التالية :

1- معامل الفا كرونباخ .

2- التجزئة النصفية ( سبيرمان - براون ، وجتمان ) .

3-إعادة الاختبار .

**جدول (32 )**

**معاملات الثبات لمقياس التوافق النفسي**

**بصورة الثلاث ( الصورة الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ) .**

| أبعاد المقياس | الصورة | معاملات الثبات بطريقة " الفا كرونباخ " | معاملات الثبات بطريقة " التجزئة النصفية " | | إعادة الاختبار |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | سبيرمان -براون | جتمان | |
| التوافق الشخصي | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | ** 0.73<br>** 0.79<br>* *0.78 | **0.72<br>**0.74<br>**0.81<br>**0.84 | ** 0.87<br>**0.96 | **0.95<br>**0.92<br>**0.85 |
| التوافق الدراسي | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | **0.79<br>** 0.85<br>** 0.74 | **0.86<br>**0.77<br>** 0.74<br>**0.79<br>**0.63 | **0.79 | **0.94<br>** 0.78<br>**0.93 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| التوافق الاجتماعي | الأسرية<br>المدرسية<br>المصورة | ** 0.75<br>** 0.73<br>**0.86 | **0.79<br>**0.82 **0.94<br>**0.85 **0.89<br>** 0.74 | **0.91<br>**0.83<br>**0.96 |

** دالة عند 0.01

**4- التجانس( الاتساق ) الداخلي :**

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة أو صورة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تلك العبارة أو الصورة ، وقد تراوحت معاملات الارتباط للصورة الأسرية ما بين ( 0.32- 0.74 ) ،وللصورة المدرسية ما بين (0.33: 0.78) ولصورة الطفل المصورة ما بين( 0.36- 0.80) .

**ثانيا : صدق المقياس :**

**2- الصدق المنطقي ( المحتوى ) :**

ويرمز الصدق المنطقي إلى مدى ملائمة الاختبار لما يقيسه ، ولذا فقد تمت صياغة أبعاد المقياس وعباراته من خلال الاعتماد على الإطار النظري، وكذلك اطلاع الباحث على عدد من مقاييس التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية وعادى السمع .

**2- الصدق الظاهري ( المحكمين ) :**

وقد تم عرض المقياس في صورته المبدئية على عدد ( 45 ) من السادة أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة والمخرجين والمشرفين المسرحيين ومعلمي مدارس الأمل للصم وضعاف السمع ، وذلك لإبداء الرأي والحكم على مدى صدق مضمون العبارات والصور الخاصة بالمقياس ومدى فعالية ما وضع لقياسه ، ثم قام الباحث بتفريغ الآراء ومراعاة الملاحظات الخاصة بعبارات أو صور كل بعد وأيضا لعبارات أو صور المقياس ككل ، ولذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على عبارات أو صور المقياس معيارا للصدق .

3- **صدق المحك ا لتلازمي :**

ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط بين الأبعاد بين مقياس التوافق النفسي بصورة الثلاث (الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ) إعداد الباحث ومقياس التوافق النفسي ( المحك ) إعداد :عاطف محمد السيد الأقرع (1999) وهو يتكون من ثلاث أبعاد الأول : التوافق الشخصي والثاني : التوافق الاجتماعي والثالث : التوافق المهني ، ويتضمن هذا المقياس (60) عبارة ، ويوجد أمام كل عبارة ثلاث استجابات هي ( نعم - أحيانا - لا ) ، ويحص المستجيب على الدرجات التالية ( 3-2-1) على التوالي .

**جدول رقم (33 )**

**معاملات الارتباط بين الأبعاد بين مقياس التوافق النفسي بصورة الثلاث (الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ) إعداد الباحث ومقياس التوافق النفسي ( المحك ) إعداد : عاطف محمد السيد الأقرع (1999)**

| الصورة الأسرية | | | الصورة المدرسية | | | صورة الطفل المصورة | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| معاملات | نقص | النشاط | معاملات | نقص | النشاط | معاملات | نقص | النشاط |

| الارتباط الأبعاد | الانتباه | الحركي الزائد/ الاندفاعية | الارتباط الأبعاد | الانتباه | الحركي الزائد/ الاندفاعية | الارتباط الأبعاد | الانتباه | الحركي الزائد/ الاندفاعية |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 0.872 | 0.812 | التوافق الشخصي | 0.852 | 0.862 | التوافق الشخصي | 0.839 | 0.759 |
| التوافق الدراسي | 0.857 | 0.972 | التوافق الدراسي | 0.862 | 0.872 | التوافق الدراسي | 0.868 | 0.872 |
| التوافق الاجتماعي | 0.926 | 0.795 | التوافق الاجتماعي | 0.987 | 0.771 | التوافق الاجتماعي | 0.927 | 0.863 |

**جدول (34 )**

**معاملات الارتباط بين معاملات الارتباط بين البعد والدرجة الكلية للمقياس في مقياس التوافق النفسي بصوره الثلاثة (الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ) إعداد الباحث**

| الصورة الأسرية | |
|---|---|
| الأبعاد | معاملات الارتباط بين البعد والدرجة الكلية للمقياس |
| التوافق الشخصي | 0.88** |
| التوافق الدراسي | 0.92** |
| التوافق الاجتماعي | 0.79** |
| | الصورة المدرسية |
| التوافق الشخصي | 0.85** |
| التوافق الدراسي | 0.91** |

| | |
|---|---|
| التوافق الاجتماعي | 0.82** |
| | صورة الطفل المصورة |
| التوافق الشخصي | 0.78** |
| التوافق الدراسي | 0.76** |
| التوافق الاجتماعي | 0.84** |

**** دالة عند 0.01**

**3- التجانس الداخلي :**

وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمى إليه تلك العبارة ، وقد تراوحت معاملات الارتباط للصورة الأسرية ما بين (0,44-0,67) ، وللصورة المدرسية ما بين (0,42-0,69) ، ولصورة الطفل المصورة ما بين (0,44- 0,59 ).

**جدول( 35 )**

**توزيع عبارات في مقياس التوافق النفسي ( الصورة الأسرية)**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 1-12 | 12 | 36 |
| التوافق الدراسي | 13-21 | 9 | 27 |
| التوافق الاجتماعي | 22-27 | 9 | 27 |
| المجموع | 27عبارة | 30 | 90 |

**جدول( 36 )**

**توزيع عبارات في مقياس التوافق النفسي ( الصورة المدرسية)**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 12-1 | 12 | 36 |
| التوافق الدراسي | 21-13 | 9 | 27 |
| التوافق الاجتماعي | 27-22 | 9 | 27 |
| المجموع | 27عبارة | 30 | 90 |

**جدول( 37 )**
**توزيع عبارات في مقياس التوافق النفسي( صورة الطفل المصورة )**

| البعد | رقم الرسم أو الصورة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 18-1 | صفر | 18 |
| التوافق الدراسي | 27-19 | 9 | 27 |
| التوافق الاجتماعي | 36-28 | صفر | 9 |
| المجموع | 36 صورة أو رسم | 9 | 54 |

**4- صدق المحك :**

**وتتراوح معاملات الثبات لمقياس التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ( المحك ) إعداد عاطف الأقرع (1999) ومقياس التوافق النفسي إعداد الباحث ما بين ( 0.41- 0.88) وملحق (17) يوضح مقياس التوافق النفسي في صورته الأسرية ، ويشير ملحق (18) لورقة إجابة هذا المقياس في** صورته الأسرية ،وملحق (19) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة ، وملحق (20) يوضح مقياس التوافق النفسي في صورته المدرسية وملحق (21) يشير لورقة إجابة هذا المقياس في صورته المدرسية ،وملحق (22) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة ، ) وملحق (23) يوضح مقياس التوافق النفسي في صورة الطفل المصورة ، ويشير ملحق (24) لورقة إجابة هذا المقياس في صورة الطفل المصورة ،وملحق (25) يشير لمفتاح تصحيح هذه الصورة.

**جدول ( 38 )**
**معاملات الثبات لمقياس التوافق النفسي لزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

| معاملات الارتباط / الأبعاد | الصورة | التوافق الشخصي | التوافق الدراسي | التوافق الاجتماعي |
|---|---|---|---|---|
| **التوافق الشخصي** | الأسرية | **0.87 | **0.62 | *0.48 |
| | المدرسية | **0.80 | **0.75 | **0.56 |
| | الطفل المصورة | *0.43 | **0.78 | **0.59 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| التوافق الاجتماعي | الأسرية | **0.88 | **0.73 | *0.46 |
| | المدرسية | **0.65 | **0.86 | **0.64 |
| | الطفل المصورة | **0.85 | **0.63 | **0.72 |
| التوافق المهني | الأسرية | **0.57 | *0.41 | *0.49 |
| | المدرسية | **0.79 | **0.66 | *0.45 |
| | الطفل المصورة | **0.61 | **0.82 | **0.76 |

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05

**جدول(39 )**

**توزيع عبارات مقياس التوافق النفسي( الصورة الأسرية )**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 12-1 | 12 | 36 |
| التوافق الدراسي | 24-13 | 12 | 36 |
| التوافق الاجتماعي | 36-25 | 12 | 36 |
| المجموع | 36عبارة | 36 | 108 |

**جدول ( 40 )**

**توزيع عبارات مقياس التوافق النفسي (الصورة المدرسية)**

| البعد | رقم العبارة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 12-1 | 12 | 36 |
| التوافق الدراسي | 24-13 | 12 | 36 |
| التوافق الاجتماعي | 36-25 | 12 | 36 |
| المجموع | 36عبارة | 36 | 108 |

**جدول(41 )**

**توزيع عبارات مقياس التوافق النفسي (صورة الطفل المصورة )**

| البعد | رقم الصورة | الدرجة الصغرى | الدرجة الكبرى |
|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | 9-1 | 9 | 27 |

| التوافق الدراسي | 18-10 | 9 | 27 |
|---|---|---|---|
| التوافق الاجتماعي | 27-19 | 9 | 27 |
| المجموع | 27 صورة | 27 | 81 |

**3- استمارة الملاحظة الأسبوعية لسلوك الحالة لذوى الإعاقة السمعية من قبل المعلمين والوالدين (أولياء الأمور ) والباحث إعداد :الباحث**

- قام الباحث بإعداد تلك الاستمارة بعد الاطلاع على التالي :

أ- الإطار النظري والدراسات السابقة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

ب- الاطلاع على بعض استمارات الملاحظة مثل :

- كراسة ملاحظة تقدير سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي إعداد : عطية هنا ومحمد عماد الدين إسماعيل ( 1963) .
- دليل فحص ودراسة الحالة في الإرشاد والعلاج النفسي إعداد : حامد زهران (1976) .
- استمارة ملاحظة سلوك الطفل إعداد : على عبد النبي (2000) .

وتتضمن الاستمارة ملاحظة سلوكيات الطفل ذي الإعاقة السمعية من خلال أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية ) وذلك في ثلاث صور الأولى : من قبل المعلم كما في ملحق رقم ( 26 )، والثانية : من قبل الوالدين كما في ملحق رقم ( 27 )، والثالثة : من قبل الباحث كما في ملحق رقم ( 28 ) .

**4 - جدول التدعيم لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث**

ويتضمن جدول التدعيم للطفل ذي الإعاقة السمعية من خلال استخدامه كمفهوم يشير إلى المكافأة بأنواعها المختلفة المادية والمعنوية وينقسم التعزيز إلى :

( أ ) **تدعيم مادي** : وتشير إلى الطعام أو النقود .

**( ب) تدعيم معنوي** : ويراد به إشارات الاستحسان أو إظهار الاهتمام .

وقد قام الباحث بإعطاء سؤال مفتوح لأطفال عينة الدراسة حول الأطعمة والمشروبات والنوع الحلوى أو الملابس أو الأدوات الدراسية التي يفضلها ....

وقد قام البحث بعرض الاستمارة على السادة المحكمين الذين اقروا صحة استخدامها بعد إدخال التعديلات عليها ويتضح ذلك كما في ملحق ( 29 ) ، وملحق ( 30 ).

**5 - استمارة المدى الانتباهى لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث .**

وتتضمن المدى الانتباهى بالثواني والدقائق للطفل ذي الإعاقة السمعية في كل جلسة ويتم ملاحظة ذلك من قبل البحث ، وقد قام البحث بعرض هذه الاستمارة على السادة المحكمين الذين اقروا صحة استخدامها ويتضح ذلك كما في ملحق ( 31 ) .

**6- استمارة اللزمات الحركية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.**

وتشتمل على عدد اللزمات الحركية المصاحبة للطفل ذي الإعاقة السمعية في كل جلسة ويتم ملاحظة ذلك من قبل البحث ، وقد قام البحث بعرض هذه الاستمارة على السادة المحكمين الذين اقروا صحة استخدامها ويتضح ذلك كما في ملحق رقم ( 32 ) .

**7- استمارة الأخطاء الاندفاعية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث.**

وتتكون من عدد الأخطاء الاندفاعية والزمن بالثواني والدقائق لدى الطفل ذي الإعاقة السمعية في كل جلسة ويتم ملاحظة ذلك من قبل البحث ، وقد قام البحث بعرض هذه الاستمارة على السادة المحكمين الذين اقروا صحة استخدامها ويتضح ذلك كما في ملحق رقم ( 33 ) .

**8- استمارة التقييم ( الأسرية ـ المدرسية ـ للطفل ) لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.**

وتهدف للتعرف على مدى التحسن الحادث في سلوكيات وأفكار أفراد عينة الدراسة بعد البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما والمقارنة بين تلك التغيرات قبل وبعد البرنامج مباشرة وبعد مرور شهران على نهاية البرنامج وذلك في محيط البيئة الأسرية والمدرسية والمجتمعية وهى من وجهة النظر الأسرية من قبل الوالدين أو أحدهما ومن وجهة النظر المدرسية من قبل المعلم ومن وجهة نظر الطفل ذي الإعاقة السمعية ، كما في ملحق رقم ( 34 ) وملحق رقم ( 35 ) ، وملحق رقم( 36 ).

## ثالثا: البرنامج العلاجي :

**البرنامج علاجي باستخدام السيكودرامي لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية إعداد: الباحث**

**أولا : مقدمة البرنامج :**

تمثل السيكودراما أحد أهم واجهة للتنفيس الانفعالي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية نظرا لاعتمادهم في تفاعلاتهم مع الغير على التعبير التمثيلي بلغة الإشارة أو بالتواصل الكلى الذي يلتقي مع البانتوميم " التمثيل الصامت "، ولذا فان استخدام السيكودراما مع ذوى الإعاقة السمعية قد يؤدى لاستبصارهم بسلوكياتهم الخاطئة والإتيان بالسلوكيات المرغوب فيها وذلك لتقارب فنياتها العلاجية التدريبية السيكودرامية مع ما يمارسونه في تفاعلاتهم الحياتية اليومية مع بعضهم البعض أو مع غيرهم .

وقد أشارت بعض الدراسات والبحوث السابقة والإطار النظري إلى أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قد يؤدي لتأثيرات سلبية في مرحلة الطفولة بل تمتد إثارة لمرحلة المراهقة ومن تلك الآثار السلبية : سوء التوافق النفسي " الشخصي والاجتماعي والدراسي " ، وذلك في البيئة : المدرسية والأسرية ، والاجتماعية 000000

**ثانيا :- مدي مناسبة برنامج علاجي باستخدام السيكودرامي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية .**

* تلتقي السيكودراما بجلساتها التمثيلية في اوجه كثيرة مع اللعب ولذا تعد من الأشياء المفضلة والمرغوبة لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

* ولهذا فهناك أهمية لمحاولة استخدام السيكودرما كبرنامج محبب لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وبصفة خاصة إذا كانت العينة من ذوي

التفاعل الإرشادي أو التفاعل الكلي " التواصل الكلي " وهو ما يطلق علية البانتوميم أي التمثيل الصامت .

* كما أن الإعاقة السمعية لها آثار سلبية علي شخصية الأطفال وبصفة خاصة إذا صاحب تلك الإعاقة ظهور اضطراب سلوكي كاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد – منشاة عقلي الأمر الذي يصاحبه تشتت وعدم اتزان في تفاعلاتهم في شتي مناحي الحياة ومن ثم يحدث سوء توافق مع ذواتهم ومع الآخرين( والدين – معلمين – أخوه – أصدقاء – زملاء – جيران 0000)0
ولذا قد شعر هؤلاء الأطفال بالدونية والانعزالية ونقص وضعف في الثقة بالنفس وعدم تقبل الذات . ، ومنن ثم يشير كل من " كلايتون و روبنسون ( 1971) .Clayton, L. & Robinson, o و"سوينك " (1985) Swink ,D.F. إلى أن السيكودراما تعد من انسب وسائل تدريب وعلاج الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، إذ انه خلال التمثيل النفسي قد يحدث نوعا من التالف والثقة لدي ذوي الإعاقة السمعية إذ تعد السيكودراما جزء من الأنشطة التي يمارسونها في حياتهم ويتجلي ذلك من خلال : لعب الدور ،وقلب الدور والمرآة في بيئة آمنة ومشجعة ولذا تعتمد علي الأداء التلقائي الارتجالي مصحوبا بتفريغ الطاقة الزائدة لديهم (Clayton, &Robinson, D.: 1971,418;Swink, D.F.: 1985,272-274) .

* فهناك برامج علاجية تناولت : فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كما في دراسة " بتر جنسن و آخرون "(2001) Jensen ,Peter S .et al . ،وعادل غنايم، (2001)، وستيورات دانسنجر" (2000)Dansinger , Stuart ، و"مار جريت كليك مان –سيمرد وآخرين " (1999) Semrud- Clikeman, Margaret al ، و"كاثلين سبينيلي" (1998) Spinelli, Cathleen. و " إليس ايكوف" (1992) Ecoff, Elise,R G.K . ، وباتريس ووبل " (1990) Patrice ,Woeppel ، وجيمس ناي " (1980) Ney,James W. . .

وكذلك نجد أن هناك برامج علاجية أخرى تناولت : فعالية السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات أو تنمية بعض المهارات لدي ذوي الإعاقة السمعية كما في دراسة : عبد الفتاح رجب (2002) ، ومحمود محيي الدين العشري (1999) ودعاء قنديل صادق (1999)و ويلما فيالي وجون باترسون (1998) Vialle ,Wilma ;Paterson, John ، وايمن المحمدي (1998) ، و بولاك (1997) Pollack, B.J ،. وآيتا ميللر (1993) Miller ,Etta، و كومار باتر يشيا (1992) Patricia, Komar، و ألين هوروفيتز (1992) Horovitz, Ellen، ومارجوري (1986)Marjorie, L ،وسوينك (1985) . Swink, D.F ، و روبنسون وكلايتون (1971) Clayton, l.& Robinson, D .

**ثالثا : أهمية البرنامج :**

وتتضح أهمية برنامج تدريبي علاجي مقترح باستخدام السيكودرامي فيما يلي :

– يساعد البرنامج علي:–

– خفض حدة نقص الانتباه وذلك : من خلال تنمية وتركيز وزيادة مدة الانتباه أي زيادة السعة الانتباهية لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

- خفض حدة النشاط الحركي الزائد وذلك : من خلال العمل علي أحداث اتزان في مستوي النشاط الحركي بتفريغ الطاقة الزائدة لدي أفراد عينة البرنامج في إطار تفاعلات ممثلة تعمل علي تناسب النشاط الحركي مع الفعل التمثيلي ذاته والنشاط الممارس .
- خفض حدة الاندفاعية وذلك : من خلال زيادة مستوي التروي لدي أفراد عينة البرنامج.
- تحسين وتنمية مستوي التوافق النفسي : ومنه الشخصي والدراسي والاجتماعي لدي أفراد عينة البرنامج.

**الأهمية التطبيقية :**

وتكمن أهمية البرنامج في تعديل السلوك غير السوي من خلال الإتيان بسلوكيات مرغوبة في المجالات التفاعلية المختلفة لعينة البرنامج علي المحيط الأسرى والدراسي والاجتماعي .

- محاولة الاستفادة من المواقف التمثيلية الانتباهية التي تحتويها جلسات البرنامج بقياسها علي مواقف حياتية أخرى معاشه .
- التحفيز الفعال لعينة البرنامج بهدف المشاركة التمثيلية الفعالة لضمان الاستفادة من البرنامج وكذلك قياس ذلك علي أدائهم في مواقف الحياة المختلفة من خلال جدية المشاركة والعمل والتفاعل لزيادة السعة الانتباهية واثبات الذات والتوافق مع ذواتهم والمحيط الخارجي .

**رابعا :- الخدمات التي يقدمها البرنامج**

يقدم البرنامج التدريبي العلاجي باستخدام السيكودرامي عدداً من الخدمات منها :

**1- الخدمات العلاجية :**

تتمثل في مساعدة أفراد عينة البرنامج علي خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب النشاط الحركي الزائد ومن ثم يؤدي ذلك لتحسين وتنمية مستوي التوافق النفسي" الشخصي والاجتماعي والدراسي " لديهم.

كذلك يتيح البرنامج لأفراد عينة البرنامج تفادي الوقوع في مواقف خطرة يمكن أن يتعرضوا لها في المواقف الحياتية المختلفة .

**2- الخدمات التربوية :**

يؤدي خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إلى تحسين التوافق النفسي" الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدي عينة البرنامج الأمر الذي يؤدي لتحسين تفاعلاتهم في محيط المدرسة والأسرة والمجتمع ككل .

**3- الخدمات الترويحية :**

ويتمثل ذلك في حث أفراد عينة البرنامج علي استغلال أوقات الفراغ في ممارسة أنشطة السيكودراما بالتدريب علي الأداء التمثيلي في شتي المواقف الحياتية ؛ إذ تلتقي السيكودراما مع اللعب ، ذلك النشاط الفطري المحبب لدي الأطفال – ومن ثم قد يؤدي ذلك لإضفاء الراحة النفسية داخلهم وكذلك تحقيق نوعا من التوافق النفسي " الشخصي والاجتماعي والدراسي " لديهم مع المواقف الحياتية المتباينة .

**4- الخدمات الاجتماعية :**

ويتمثل ذلك في إضفاء جو من الدفء والحب والألفة والتفاعل الاجتماعي الجيد بين أفراد عينة البرنامج من خلال المشاركة والتواصل مع بعضهم البعض في الجلسات الأولى للبرنامج ويناضل ذلك التواصل الاجتماعي علي مدار الجلسات كلها .

**5- خدمات المتابعة :**

تمثل ذلك في المتابعة الدورية لكل خطوات البرنامج وذلك للوقوف علي التغيرات السلوكية التي أحدثها البرنامج لدي أفراد مجموعة البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما.

**خامسا: الأسس التي يقوم عليها البرنامج .**

- يقوم البرنامج العلاجي باستخدام السيكودرامي علي مجموعة من الأسس الهامة تتمثل فيما يلي :-

**1- الأسس العامة للبرنامج :**

- يتم مراعاة قابلية السلوك للتعديل والتغيير، وحق الفرد في العلاج باستخدام السيكودراما وذلك باشتراكه في الجلسات التمثيلية القائمة علي أنشطة السيكودراما لتدريبهم علي :
- **تنمية وتحسين وتركيز و إطالة مدة الانتباه تنمية وأحداث اتزان في النشاط الحركي على وزيادة التروي:** ويتم ذلك من خلال:
- يراعي البرنامج خصائص نمو الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( أفراد البرنامج) في المرحلة العمرية من (9-12) عاما من مرحلة الطفولة المتأخرة ، وكذلك حاجاتهم وقدراتهم وميولهم واستعداداتهم.
- يراعي البرنامج ظروف الإعاقة السمعية لدي أفراد عينة البرنامج.
- أن يراعي البرنامج أهمية مرحلة الطفولة لخفض حدة الاضطرابات السلوكية ومنها : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد نظرا لصعوبة أجراء ذلك في المراحل العمرية التالية وكذلك للتأثير السلبي الذي يحدثه هذا الاضطراب علي شخصية هؤلاء الأفراد .
- يراعي البرنامج الاستخدام الفعال للإشارات والتواصل الكلي التي لها مدلولات فعالة ومفهومة لدي عينة البرنامج لكي يتحقق أهداف البرنامج ويتم أحداث تواصل مفهوم للأداء التمثيلي في الجلسات العلاجية
- أن يرتكز البرنامج علي المثيرات البصرية التي يعتمد عليها الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (عينة البرنامج)
- تضمن البرنامج مواقف درامية واقعية ومعاشه من قبل أفراد عينة البرنامج علي المحيط الأسرى والدراسي والاجتماعي من خلال علاقته بالمعلم – بزملائه – (البائع) في كانتين المدرسة – بالأسرة (الوالدين – الاخوة ) – بالسائق – بالبائع في السوبر ماركت والسوق.
- أن يراعي البرنامج ضرورة المشاركة السيكودرامية ( التمثيلية ) لكل فرد من أفراد عينة البرنامج .
- أتبع الباحث ( المعالج) أسلوب التدعيم : التعزيز الإيجابي المادي والمعنوي مع أفراد عينة البرنامج عند إتيانهم بالسلوكيات المرغوبة .
- أن يراعي البرنامج ضرورة أن تضم كل جلسة سيكودرامية التالي :

- **أولا : في بداية الجلسة :** مراجعة للواجبات المنزلية + تصوير تمثيلي ذاتي للجلسة السابقة .

**ثانيا : في منتصف الجلسة** : الأداء التمثيلي العلاجي للعرض الذي تم تحديده مسبقا ، ومناقشة الأداء التمثيلي للسلوكيات غير المرغوبة ، وأداء تمثيلي للسلوكيات المرغوبة .

**ثالثا : في نهاية الجلسة** : مناقشة اوجه الاستفادة من الجلسة السيكودرامية ( التغذية الراجعة ) .

- أن يراعي عند تحديد مكان الجلسات العلاجية السيكودرامية مبدأ: السلامة والأمن ، وأن يخلو من أي عوائق يمكن أن تضر بأفراد عينة البرنامج .
- أن يتم تنظيم مكان جلوس الأطفال المشاركين في البرنامج للمشاهدة الدقيقة للمواقف السيكودرامية علي شكل نصف دائرة بتقريبهم إلى الممثلين بهدف المشاركة والتفاعل الجيد بينهم وكذلك التعلم بالملاحظة.
- أن يتم مراعاة التدريب علي الجلسات السيكودرامية بالتدرج من الأسهل للأصعب .
- أن تكون الجلسات العلاجية التدريبية السيكودرامية سهلة الأداء وبسيطة وخالية من التعقيد ومعبرة عن العرض المراد علاجه وخفضه .
- أن يكون الأداء التمثيلي لشخصيات قريبة التأثير من المحيط التفاعلي المعاش لأفراد عينة البرنامج .
- أن يتم مراعاة التدرج في زمن الجلسات من الأقل زمنا إلى الأعلى مثل أول جلسة (20) دقيقة ثم (25) دقيقة ثم(30 ) دقيقة وهكذا ............ وذلك نظرا لصعوبة جذب انتباه أفراد العينة لفترة زمنية طويلة وذلك في بداية أجراء الجلسات العلاجية .

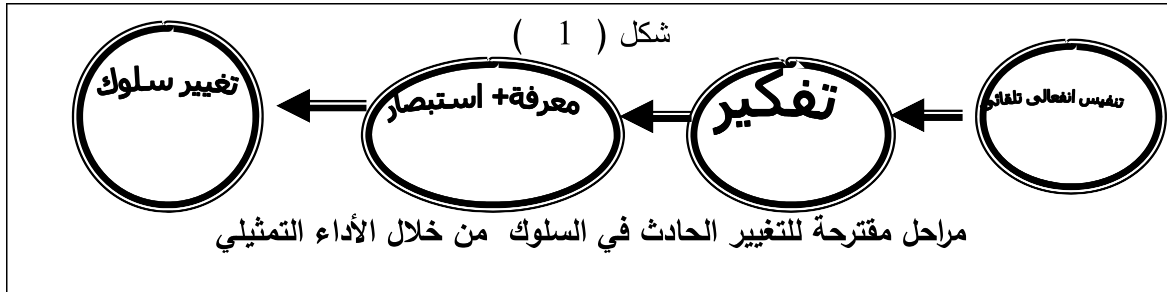
**2- الأسس الفلسفية :**

يستمد البرنامج العلاجي السيكودرامي أصوله الفلسفية من نظرية التعلم الاجتماعي بالملاحظة ، وذلك من خلال السيكودراما " الأداء التمثيلي " الذي أسسه " **مورينو** " Morino ؛إذ يعتمد التغيير السلوكي لدي أفراد عينة البرنامج علي إحداث تنفيس انفعالي تلقائي يقوم علي جوانب معرفية انفعالية سلوكية .

**3- الأسس الاجتماعية :**

يتم استخدام أسلوب العلاج الجمعي باشتراك جميع أفراد البرنامج في الجلسة السيكودرامية سواء كانوا : أبطال – أو مساعدين – أو حتى متفرجين – أو شخصيات رئيسية .

شكل ( 1 )




**مراحل مقترحة للتغيير الحادث في السلوك من خلال الأداء التمثيلي**

**سادسا: مصادر محتوي البرنامج :**

يعتمد الباحث في بناء محتوي البرنامج علي مصادر عدة منها:

**1- الإطار النظري الذي يشتمل علي :-**

الإعاقة السمعية و اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق النفسي والسيكودراما.

**2- الدراسات والبحوث السابقة التي تتناول :** برامج علاجية وإرشادية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية وعادى السمع لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد سواء باستخدامها علي الأطفال أنفسهم أو بالمعلمين أو بالوالدين وكذلك تلك التي تناولت اثر اضطراب الانتباه علي التوافق النفسي.

**4- الزيارات الميدانية لمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع** بالزقازيق بمحافظة الشرقية.

وإجراء مقابلات حرة مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وكذلك مع بعض المعلمين وأولياء الأمور " الوالدين " والمشرفين حول اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للتعرف علي المواقف السيكودرامية ( التمثيل النفسي ) المقترحة والبيئات المناسبة للأداء التمثيلي فيها .

**5- الاستبيانات المفتوحة التي تتضمن استفسارات تدور حول :** أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

**6- بطاقة ملاحظة السلوك للمعلمين والمشرفين والوالدين :** وذلك للمساعدة في تشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من خلال أعراضه لدي أفراد عينة البرنامج، وكذلك استمارة البيانات العامة لهم .

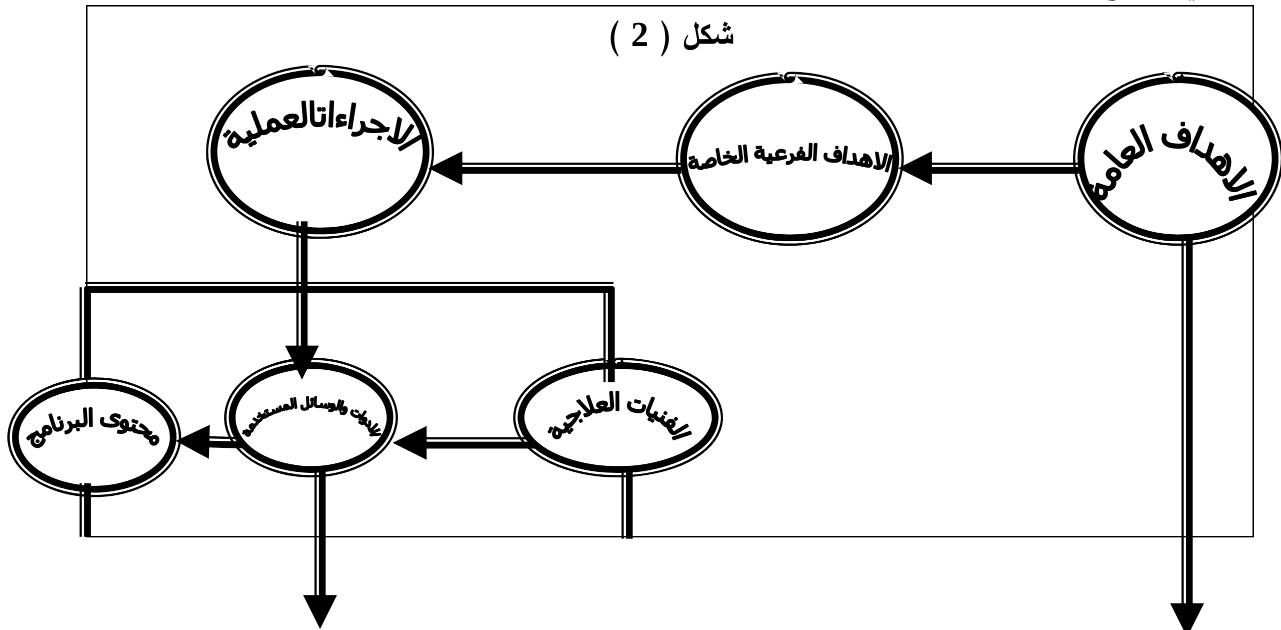
**7- الاطلاع على بعض المقاييس التي تتناول :** اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

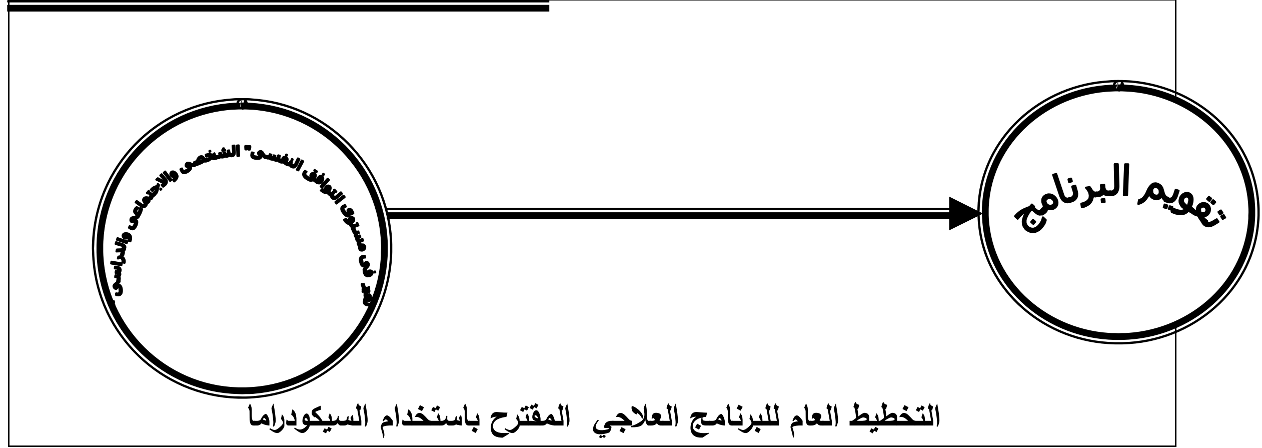
## سابعا: التخطيط العام للبرنامج:

- تحتوي عملية تخطيط البرنامج علي :

تحديد الأهداف العامة والفرعية والخاصة والإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج والتي تشتمل علي الأعداد المبدئي للبرنامج والذي يحتوي علي الخلفية العلاجية التدريبية السيكودرامية والبرنامج في صورته الأولية والأسلوب العلاجي والفنيات والوسائل المستخدمة في الجلسات السيكودرامية، ثم عرض البرنامج علي المحكمين والقائم بالدراسة الاستطلاعية وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات المتوقعة ، ومدة كل منها ومكان إجراء البرنامج ، وإجراءات تقويم البرنامج وأخيرا توصيات برامج إرشادية مقترحة والشكل التالي يوضح ذلك :

**شكل ( 2 )**






**التخطيط العام للبرنامج العلاجي المقترح باستخدام السيكودراما**

**أولا: أهداف البرنامج :**

تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين هما :-

**أولا : الأهداف العامة**

والتي تحتوي علي :

**2- هدف علاجي :**

حيث يهدف البرنامج التدريبي العلاجي باستخدام السيكودرامي إلى خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وذلك علي مستوي الجلسات التمثيلية التلقائية ، وبيان اثر ذلك علي التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لديهم.

**2- هدف وقائي** :

حيث يؤدي البرنامج إلى :

- عدم تعريض أفراد عينة البرنامج إلى مواقف خطرة في الشارع قد تؤذيهم وفي بعض الأحيان تودي بحياتهم.
- عدم تعريض أفراد عينة البرنامج إلى مواقف في المدرسة قد تؤدي لانخفاض المستوي التوافقي ولتحصيلي لديهم .
- عدم تعريض أفراد عينة البرنامج إلى مواقف مع زملائهم في الفصل الدراسي – فناء المدرسة(الحوش ) – مطعم المدرسة –الشارع – الحدائق –السوبر ماركت – السوق . قد تؤدي إلى زيادة الانعزالية الاجتماعية لديهم والنفور منهم

-عدم تعريض أفراد عينة البرنامج لمواقف تصادمية نظرا لاحتمالية سوء العلاقة التفاعلية بينهم وبين ذواتهم –ووالديهم – ومعلميهم – ومشرفيهم – وزملائهم – وأخواتهم – وجيرانهم – وأقاربهم – والبائعين – والسائقين–00000000

**ثانيا : الأهداف الخاصة الفرعية :**

- وتتمثل فيما يلي :

-أن يتعرف أفراد عينة البرنامج علي الدور السيكودرامي المراد أدائه من خلال بيئة تفاعلية معاشه وواقعية وذلك في محاولة لتحقيق :

- خفض حدة نقص الانتباه لدي أفراد العينة من خلال العمل علي تنمية وزيادة السعة الانتباهية لديهم .

– خفض حدة النشاط الحركي الزائد لديهم بتفريغ الطاقة الزائدة وذلك بتنمية الاتزان في النشاط الحركي الزائد لديهم .

– خفض حدة الاندفاعية لديهم ويتم ذلك بتنمية التروي لديهم .

**1– الأهداف المعرفية :**

من المنتظر أن يكتسب الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( عينة البرنامج ) تفهما اكبر واعمق لمشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأعراضه الثلاث : نقص الانتباه –النشاط الحركي الزائد الاندفاعية – مما قد يؤدي لزيادة فهمهم لأعراض هذا الاضطراب المراد خفضه .

– وكذلك الوعي بأهمية وفائدة علاج هذا الاضطراب والتي ستعود فائدته علي التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) وزيادة استبصارهم بسلوكياتهم الخاطئة .

**2– الأهداف السلوكية**

وتتمثل في:–

– ان يقوم أفراد العينة بأداء بعض الأدوار التي يخشي القيام بها وبذلك بمكنة مشاهدة المواقف التي يقع فيها: لنقص الانتباه – الاندفاعية – للنشاط الحركي الزائد .

– أن يتم تشجيع أفراد عينة البرنامج علي التفاعل والاندماج والتعبير عن ذواتهم في المجتمع والجماعة

–أن يحدث تحسين وعي أفراد عينة البرنامج بالمواقف والأماكن والأزمنة والأشخاص.

– ان يتم بث الطمأنينة والراحة النفسية والإيجابية في علاقته التفاعلية بأفراد عينة البرنامج مع أفراد المحيط الدراسي والأسرى والمجتمعي ، وإزالة الأسباب التي قد تكون كامنة وراء سوء علاقاتهم مع هؤلاء الأفراد.

–أن يحدث تنمية للوعي بمفهوم الذات لديهم من خلال تعايشهم مع مواقف ممثلة محاكية للواقع الذين يعيشون فيه بهدف زيادة قدراتهم علي مواجهة المواقف التفاعلية بانتباهه اكثر .

– أن تحدث زيادة تقبلهم لإعاقاتهم من خلال تفاعلاتهم الإيجابية مع المواقف التي تواجههم وكذلك تقبلهم للآخرين.

– أن يتم علاج اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك بأحداث تنفيس انفعالي Abreaction لديهم من خلال الأداء التمثيلي التلقائي لمواقف حية ومعاشه بهدف التخلص من بواطن الخوف وبواعث مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد الآمر الذي قد يؤدي لإزالة أسباب التوافق النفسي " الشخصي والاجتماعي والدراسي " بتحسين علاقاتهم مع الآخرين والانفتاح الإيجابي علي الآخرين.

**3– الأهداف الإجرائية :**

وتتمثل في :

– انخفاض الدرجة الكلية علي مقياس : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

– ارتفاع الدرجة الكلية علي مقياس التوافق النفسي " الشخصي والاجتماعي والدراسي " لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، وهذا يدل علي فعالية البرنامج .

**ثانيا: الأعداد المبدئي للبرنامج :**

**1- الخلفية التدريبية للباحث :**

تم اعتماد الباحث علي عدد من الإجراءات لكي يتم تأهيله لتطبيق البرنامج العلاجي التدريبي السيكودرامي ومن بين هذه الإجراءات :

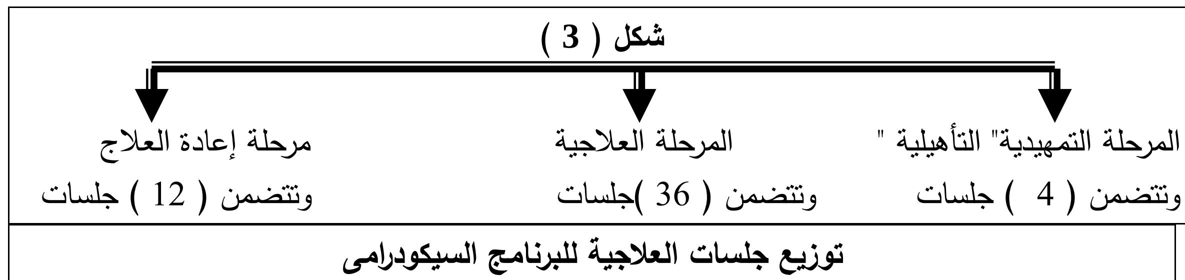
1 - التدريب علي استخدام السيكودراما وإدارة الجلسات العلاجية بمستشفي " شعلان للطب النفسي والعلاقات الإنسانية " بالمشاعلة – بابوكبير بمحافظة الشرقية وذلك تحت إشراف الأستاذ الدكتور / محمد شعلان أستاذ الطب النفسي المتفرغ بجامعة الأزهر .

2 -التدريب علي فنيات العلاج النفسي السلوكي الانفعالي العقلاني وذلك بالحصول علي دورة من أكاديمية ميتشجان الأمريكية والتي عقدت في قسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق في الفترة من2002/2/4م حتى 2002/2/7م .

3 - اطلاع الباحث علي عدد من البرامج التي قامت بخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وكذلك بعض البرامج التي استخدمت السيكودراما مع ذوي الإعاقة السمعية بهدف التعرف على المراحل والخطوات التي يمر بها العلاج وملخص كل خطوة لمراعاة مدي تناسبها مع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية .

**ب- البرنامج في صورته الأولية :**

احتوى البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية على عدد (52) جلسة ، وينقسم البرنامج إلى ثلاثة أقسام هما :




**توزيع جلسات العلاجية للبرنامج السيكودرامى**

ويتضح البرنامج السيكودرامى كما في ملحق (37) .

وتتضح مراحل البرنامج الثلاث كما يلي :-

**1- مرحلة البدء التمهيدية :-**

- وهي المرحلة التمهيدية أو التأهيلية التي يتم خلالها التعارف بين الباحث وأفراد العينة، وشرح أهداف البرنامج والإطار العام للعلاقة العلاجية التدريبية السيكودرامية وعدد جلساتها ( 4) جلسات ، ويصاحب تلك المرحلة نشرات إرشادية للوالدين والمعلمين .
- ويتم فيها كذلك إيجاد علاقة آلفة ودفْ ومودة بين الباحث والمفحوصين من خلال مشاركتهم ألعابهم.

- وأيضا يتم تعريف المفحوصين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأعراضه والآثار السلبية المتمخضة عنه ، ويتم ذلك في الأربع جلسات الأولى من البرنامج .

**2- مرحلة الانتقال العلاجية :**

وهي المرحلة العلاجية التي تهدف للتركيز علي خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وهم: نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية ، وذلك بالعمل علي خفض حدتها ، وذلك ممارسة فنيات سيكودرامية تتلاءم مع هذا الاضطراب، وأيضا مع طبيعة الإعاقة السمعية مثل : لعب الدور وعكس الدور والمرآة، ويتم ذلك خلال (36)جلسة .

**3- مرحلة الإغلاق "**: **إعادة العلاج** " :

ويقصد بها مرحلة إعادة للجلسات العلاجية السيكودرامية لأعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد الثلاث : نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية.

وذلك بواقع ثلاث جلسات لكل عرض ليصبح عدد جلسات تلك المرحلة ( 12) جلسة.

ومن ثم يشار بها للمرحلة النهائية والتي تهدف للوقوف علي مدي تحقيق البرنامج لأهدافه وتهيئة عينة البرنامج علي إنهاء البرنامج مع تركيزهم بالانتباه الجيد لمواقف الحياة المختلفة .

**ج- الأسلوب العلاجي :**

- يتم اتباع أسلوب العلاج السلوك الجماعي من خلال الاعتماد علي السيكودراما بالمشاركة الجماعية لأفراد عينة البرنامج سواء كانوا شخصيات رئيسية أو أبطال أو شخصيات مساعدة أو متفرجين .
- ويتم أثناء ذلك مشاهدة السلوكيات غير المرغوبة وتعديلها للسلوكيات المرغوبة .

**د- الفنيات العلاجية باستخدام السيكودرامية :**

- ويشتمل البرنامج العلاجي التدريبي السيكودرامي علي الفنيات التالية :

**1- لعب الدور** Role play

- ويتم استخدام الدور التمثيلي الذي يعتمد علي لعب الدور من خلال تمثيل دور شخصي آخر وذلك بإتيان السلوكيات والأفعال التي يفعلها بهدف توضيحها وبيانها .

**2- عكس الدور** Role Reversal

- ويتم ذلك بقلب الدور أي يقوم الفرد الأول قائما بتمثيل دور الفرد الثاني والعكس وذلك بهدف المعاونة في فهم ورؤية السلوك المصاحب للعرض الذي يتم تجسيده .

**3- المرآة** The Mirror

ويتم فيها اختيار شخصي من الانوات المساعدة ليجسد شخصية البطل في حالاته النفسية وانفعالاته أي أن تقوم الشخصية المساعدة بدور البطل الذي يكون في تلك الحالة متفرج وليس ممثلا علي خشبه المسرح وبذلك يمكنه ملاحظة سلوكياته والاستبصار بذاته وأعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد الثلاثة.

**هـ – الوسائل المستخدمة :**

– يتم استخدام الوسائل التالية :–

**الأدوات القياسية :** وتشير إلى :

أ–مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بأعراضه : ( نقص الانتباه و النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ) بصورة الثلاث ( الصورة الأسرية - الصورة المدرسية - صورة الطفل المصورة ) .

ب– مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " بصورة الثلاث ( الصورة الأسرية - الصورة المدرسية - صورة الطفل المصورة ) .

ج– المحتوي العملي للبرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما .

**و– العرض علي المحكمين:**

– تشمل فئات المحكمين التالي :–

– بعض أولياء الأمور للأطفال ذوي الإعاقة السمعية 0

– بعض أعضاء هيئة التدريس بالجامعات0

– بعض معلمي ومديري مدارس الأمل للصم وضعاف السمع0

– بعض مشرفي المسرح والدراما وقصور الثقافة 0

و بعد أن يتم تصميم البرنامج العلاجي التدريبي السيكودرامي في صورته النهائية يتم عرضه علي مجموعة من أعضاء هيئة التدريس لاستطلاع آرائهم حول :

– مدي تسلسل وترابط خطوات البرنامج العلاجي السيكودرامي0

– مدي مناسبة محتوي الجلسات للأطفال ذوي الإعاقة السمعية 0

– مدي مناسبة محتوي الجلسات لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد0

– مدي مناسبة الإجراءات المستخدمة في البرنامج0

**ز– الدراسة الاستطلاعية :**

تم أجراء دراسة استطلاعية للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية علي اثنين من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ممن تنطبق عليهم نفس شروط العينة التجريبية وفي ضوء تلك الدراسة تم التعرف علي مايلي :

أ– المدة الزمنية المناسبة لكل جلسة ب–عدد الجلسات الملائمة .

ج– الفنيات المستخدمة والمناسبة ع– المدى الزمني للجلسة :

– تستغرق الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين( 25–60) دقيقة بالتدرج بمعدل أربع جلسات أسبوعيا ( السبت -الأحد – الأربعاء– الخميس )

**غ – عدد أفراد المجموعة العلاجية :**

تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين الأولى : **تجريبية** وتحتوي علي عدد ( 4 ) تلاميذ من ذوي الإعاقة السمعية **والثانية : ضابطة** وتحتوي علي عدد ( 4 ) تلاميذ من ذوي الإعاقة السمعية.

**ق– درجة الإعاقة السمعية :**

تكونت عينة الدراسة من الأطفال ذوي الصمم الكلي ممن تبلغ درجة العجز السمعي لديهم من (70) ديسيبل فاكثر.

**ك- مكان البرنامج والجلسات العلاجية:**

- يتم تطبيق البرنامج بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية0
- ويتم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في الأماكن التالية:

**أولا : مواقف مدرسية** : كما في التالي :( المسرح المدرسي- الفصل الدراسي- فناء المدرسة - كانتين المدرسة ).

**ثانيا : مواقف خارج المدرسة** : في التالي :( الشارع " أمام المدرسة " - محل البقالة " السوبر ماركت "- الملاهي ) .

**ل- العمر الزمني لعينة البرنامج :**

- يتراوح العمر الزمني لعينة البرنامج ما بين (9-12) عاما0
- وذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في الصفوف الدراسية من الصف الرابع إلى الصف السابع الابتدائي بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية 0

**ي- عدد جلسات البرنامج ومدته :**

يصل عدد جلسات البرنامج (77) جلسة يتم توزيعهم كالتالي:-

- (4) جلسات للمرحلة التمهيدية ، (36) جلسة للمرحلة العلاجية، (12) جلسات إعادة العلاج.
- تصل مدة البرنامج حوالي ستة شهور 0

**و- عينة البرنامج :**

وصلت عينة البرنامج إلى (8) أفراد ؛ إذ تنقسم تلك العينة إلى مجموعتين : الأولى : تجريبية : وتحتوى على (4) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية ، والثانية : ضابطة : وتتكون من(4) أطفال من ذوى الإعاقة السمعية.

**- محتوي الجلسات :**

- يتم انتقاء محتوي الجلسات العلاجية التدريبية السيكودرامية بناء علي الأهداف التي تم تحديدها للبرنامج، وكذا الإجراءات العلمية بما تتضمنه من الفنيات والأسلوب العلاجي ، وقد تتضمن البرنامج العلاجى ملحق رقم ( 37 ) 0

**جدول رقم (42 ) البرنامج العلاجي السيكودرامى**

| أهداف الوحدات الفرعية | الموضوعات التي تتناولها الوحدة | عدد الجلسات | زمن الجلسة الواحدة | الفنيات المستخدمة |
|---|---|---|---|---|
| الوحدة الأولى التمهيد | التعارف | جلسة واحدة | 20 دقيقة | |
| اللعب | إقامة علاقة علاجية إيجابية ودافئة بين الباحث ( المعالج ) وأفراد عينة البرنامج | جلسة واحدة | 30 دقيقة | اللعب |
| التعرف على التمثيل النفسي( أداء أدوار أصحاب المهن ) | ممارسة أفراد عينة البرنامج السيكودرامي : من خلال أداء أدوار بعض الممثلين أو لعب أدوار أصحاب المهن | جلسة واحدة | 35 دقيقة | لعب الدور |

| التعريف باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد | أن يتعرف أفراد العينة علي طبيعة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأعراضه الثلاثة ( نقص الانتباه –النشاط الحركي الزائد والاندفاعية). | جلسة واحدة | 40 دقيقة | لعب الدور |
|---|---|---|---|---|
| علاجية | أن يتعرف أفراد العينة علي المواقف التي يظهر خلالها : نقص الانتباه من خلال تمثيل دور التلميذ غير المنتبه والمعلم ، وكذلك تمثيل عكس الدور من خلال تنمية الانتباه وتركيزه بأداء دور التلميذ المنتبه والمعلم | 12جلسة | 45 دقيقة | لعب الدور عكس الدور |
| علاجية | أن يتعرف أفراد العينة علي المواقف التي يظهر فيها:النشاط الحركي الزائد من خلال لعب دور التلميذ ذي النشاط الحركي الزائد والمعلم والزملاء .<br>أن يتم عكس الدور وذلك لأحداث اتزان في النشاط الحركي الزائد لديهم0 | 12 جلسة | 50 دقيقة | لعب الدور المرآة |
| علاجية | يتم علاج أفراد العينة علي المواقف التي يظهر من خلالها : الاندفاعية وكيفية تنمية التروي لديهم | 12 جلسة | 55 دقيقة | لعب الدور وعكس الدور والمرآة |
| إعادة علاج | أن يتم إعادة علاج أفراد العينة علي المواقف التي تم التعرض لها في الجلسات الانتباهية السابقة والتي يظهر من خلالها : نقص وتنمية وزيادة تركيز الانتباه من خلال تمثيل دور التلميذ المنتبه وغير المنتبه | 4 جلسة | 45 دقيقة | لعب الدور عكس الدور والمرآة |
| إعادة علاج | أن يتم إعادة علاج أفراد العينة علي المواقف التي تم التعرض لها في الجلسات السابقة والتي يظهر من خلالها : النشاط الحركي المتزن | 4 جلسة | 50 دقيقة | لعب الدور عكس الدور والمرآة |
| عادة علاج | يتم إعادة علاج أفراد العينة علي المواقف التي تم التعرض لها في الجلسات السابقة وكذلك مواقف جديدة يقترحها أفراد العينة والتي يظهر من خلالها : الاندفاعية /التروي | 4 جلسة | 55 دقيقة | لعب الدور عكس الدور والمرآة |

## خامسا: منهج الدراسة :

المنهج المستخدم هو المنهج شبه التجريبي الذي يستخدم لدراسة فعالية برنامج سيكودرامى ( كمتغير مستقل ) لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( كمتغير تابع أول) وأثره في التوافق النفسي( كمتغير تابع ثان) لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية كما تعتمد على تصميم المجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة إلى جانب تصميم المجموعة الواحدة.

**المجال البشرى :**

أجريت الدراسة على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من ذوى الصمم الكلى ممن يتراوح الفقد السمعي لديهم (70) ديسيبل فأكثر،واستبعاد ضعيفي السمع ، وذلك على عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية من الصف الرابع وحتى السابع الابتدائي وذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة ، وقد بلغ حجم العينة ( 8) تلاميذ من الذكور والإناث ؛ اذو تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى : تجريبية مكونة من (4) تلاميذ والثانية : ضابطة مكونة من (4) تلاميذ ، وذلك بعد تجانس العينة من حيث متغيرا الذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ......وتتراوح أعمار العينة ما بين (9–12) عاما بمتوسط عمري قدرة (11.1) عام ، وانحراف معياري قدره (1.7).

**المجال المكاني :**

أجريت الدراسة على الأطفال ذوى الإعاقة السمعية في مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية.

**المجال الزماني :**

تم أجراء الدراسة الميدانية بدء من 27أكتوبر 2002 م إلى 17 أبريل 2003 م بواقع زمني قدره (5 ) اشهر وعشرون يوما .

**مكان الجلسات السيكودرامية العلاجية :**

تم إجراء الجلسات السيكودرامية بمسرح مدرسي الأمل وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية بالإضافة إلى : فناء المدرسة– الفصل الدراسي – السوبر ماركت – الشارع – إشارة المرور .

**سادسا : خطوات الدراسة :**

قام الباحث بالتطبيق على عينة من تلاميذ مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية وذلك ممن تتراوح أعمارهم ما بين (9–12) عاما في الصفوف الدراسية من الرابع إلى السابع الابتدائي وذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة هؤلاء الأطفال من ذوى الصمم الكلى إذ يتراوح الفقد السمعي لديهم ما بين 70ديسيبل فاكثر.

وقد تم تطبيق اختبار الذكاء والمتمثل في اختبار رسم الرجل ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي ثم مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومقياس التوافق النفسي لدى أفراد العينة التجريبية والضابطة وذلك بعد ضبط العينة ثم تم تطبيق البرنامج السيكودرامى على أفراد العينة التجريبية ثم تم إجراء قياس بعدى لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومقياس التوافق النفسي لدى أفراد العينة وكذلك قياس تتبعي بعد مرور شهران .

**رابعا : إجراءات الدراسة**

قام الباحث بعدة زيارات لمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق ؛ وذلك للتعرف على المناخ المدرسي للتلاميذ والتلميذات ذوى الإعاقة السمعية ، ومحاولة إحداث تعايش فعلى معهم ، بهدف إيجاد علاقة تتسم بالألفة والمودة والصداقة حتى يسهل للباحث تطبيق أدواته بنفسه ، وإجراء الدراسة الاستطلاعية للبرنامج السيكودرامى ، بالإضافة لإتقان الباحث للغة الإشارة مع ذوى الإعاقة السمعية والتي اعتمد في تعلمها على التالي :

1– المعايشة الفعلية للأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، واكتساب الإشارات الفعلية التي يستخدمونها في مختلف مناحي حياتهم المعاشة كما في " الفصل الدراسي - مطعم المدرسة - الفناء - مسجد المدرسة - مبنى الإقامة الداخلي - كانتين المدرسة - على سلم المدرسة - في الشارع " .

1– معلمي التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية ؛ إذ حرص الباحث على معرفة الحديث في الإشارات من خلال هؤلاء المعلمون نظراً لوجودهم في حالة معايشة تامة وواقعية مع تلاميذهم ذوى الإعاقة السمعية .

2– التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية حيث تتسم إشاراتهم بكونها " بيئية " وكذلك " بحداثتها " ؛ مع حرص الباحث على الدخول في حوارات إشارية معهم للاستفسار عن بعض البيانات عنهم .

3- قاموس الإشارات المصور ؛ الذي أعدته وزارة الشئون الاجتماعية ( 1986 ) .
4- قاموس الحروف والأرقام الإشاري والذي يتم التدريس به حاليا في مدارس الأمل للصم وضعاف السمع بمدارس مصر .
5- قاموس الإشارات المصور والذي أصدرته وزارة التربية والتعليم لتعليمه للتلاميذ ذوى الإعاقة السمعية ومعلموهم وذلك بدء من عام ( 2000) .
6- قاموس الإشارات المصور الموحد للدول العربية والذي أصدرته جامعة الدول العربية .

## تطبيق المقاييس والاختبارات :

**أدوات ضبط العينة :**

1- بدأ الباحث بتطبيق استمارة الملاحظة لذوي الإعاقة السمعية بهدف أحداث تحديد أولى لعينة الدراسة من خلال أعراض اضطراب الانتباه بأعراضه " قصور الانتباه ، والنشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ".
2- ثم قام الباحث بتطبيق استمارة البيانات العامة لذوي الإعاقة السمعية لهدف تحقيق التجانس بين أفراد عينة الدراسة من ناحية العمر الزمني ودرجة الإعاقة ونوع الإقامة ............
3- ثم قام الباحث بتطبيق مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية ، وذلك باستبعاد الحالات الطرفية ارتفاعا وانخفاضا ، وقد استقى الباحث بيانات كل من استمارة البيانات العامة ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي من خلال التالي :

أ – سجلات البيانات المدرجة بملفات التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية بالمدرسة .
ب- الأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي وبعض معلمو التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية خاصة أولئك الذين يقومون بالتدريس الفعلي لهم .
ج- التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية أنفسهم ، وان لم يعتمد الباحث بصفة أساسية على البيانات التي يقوم هؤلاء التلاميذ بإعطائها .

ثم قام الباحث بتطبيق اختبار الذكاء غير اللفظي للصم .

**أدوات قياس سيكومترية :**

تم تطبيق مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بصورة الثلاث (الصورة المدرسية– على المعلم والصورة الأسرية على أحد الوالدين وصورة الطفل المصورة ) والتي قام الباحث بتطبيقها بصورة فردية في فصل دراسي خال تماما من عملية التدريس ومن أية مثيرات أخرى يمكن أن تشتت انتباه الطفل أو تعوق عملية التطبيق من خلال حرص الفاحص علي الجلوس في مواجهة المفحوص ، وإعطائه صورة من صور المقياس والإشارة إلى تعليمات المقياس في البداية ، مع ترجمة العبارات التي توجد اسفل الصورة للغة الإشارة لكي يضمن الفاحص إدراك المفحوص لما تعنيه تلك العبارة،ويجيب عنها المفحوص ثم بعد أن ينتهي من ذلك يقوم الباحث بترجمتها بلغة الإشارة ثم يقوم المفحوص بالإشارة إلى إحدى الاستجابات التي يختارها ويضع الفاحص علامة أمام تلك الاستجابة ثم يشير الفاحص للمفحوص إلى الانتقال للصورة التالية وهكذا ، وقد حرص الباحث علي ترجمة تعليماته للمفحوص بلغة الإشارة واستغرق تطبيق المقياس زمنا يتراوح ما بين (50–60) دقيقة بمتوسط زمني قدره (55) دقيقة .

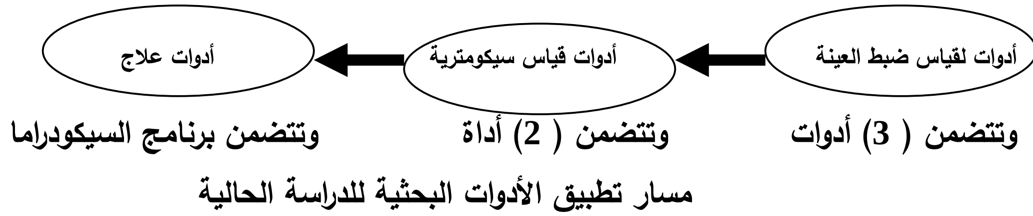
ثم تم تطبيق مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" من خلال صورة الثلاث الصورة المدرسية من قبل المعلم والصورة السرية من قبل أحد الوالدين وصورة الطفل المصورة ، و ترجمة تعليمات المقياس بلغة الإشارة للتلاميذ والتلميذات الصم ؛ إذ يعرض الفاحص لكل صورة من صور المقياس أمام المفحوص مع ترجمة العبارات التي اسفل كل صورة بلغة الإشارة وذلك لأشعار الطفل بجو المقياس ودلالاته ثم وضع صورة المقياس ، ويسجل الفاحص استجابة المفحوص علي العبارة في ورقة إجابة الاختبار التي أمام الفاحص وهكذا كل عبارة وقد استغرق تطبيق المقياس بصورته الفردية ستة أسابيع، واستغرق تطبيق المقياس ما بين (55–65) دقيقة بمتوسطي زمني قدره (60) دقيقة وذلك لكل صورة من صور المقاييس .

**ج- البرنامج العلاجي :**

1- ثم قام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما بهدف خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" ،.

2- ثم قام الباحث بأجراء قياس بعدى لمقياسي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ومقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" ، ثم قياس تتبعي للمقياسين بعد مرور شهران كفترة متابعة .

**شكل ( 4 )**




**مسار تطبيق الأدوات البحثية للدراسة الحالية**

**خامسا : الأساليب الإحصائية :**

استخدم الباحث حزمة البرامج الإحصائية المعروفة اختصارا باسم " S P s s " وهى تتمثل في التالي : هذا وقد تمثلت الأساليب الإحصائية المستخدمة في أساليب الإحصاء اللابارامترى التالي :

1- اختبار مان – ويتني (U) Mann-Whitney Test .

2- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test (W) .

3- قيمة Z .

وللتحقق من ثبات وصدق أدوات الدراسة الحالية فقد تم استخدام التالي :

معاملات الارتباط لبيرسون Person Correlation لحساب صدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية .

وسوف يقوم الباحث في الفصل الخامس بعرض نتائج الدراسة الإحصائية إلى خلص بها من الدراسة الميدانية وطريقة معالجتها إحصائيا في جداول ثم يقوم الباحث بتفسير هذه النتائج في الإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة .

## نتائج الدراسة ومناقشتها

**مقدمة :**

يتناول الباحث في هذا الفصل عرضا لما توصلت إليه الدراسة من نتائج من خلال معالجة كل فرض من فروض الدراسة الحالية كل على حده وذلك فيما يلي :

**بالنسبة لاختبار صحة الفرض الأول :**

**أولاً : نتائج الفرض الأول:**

ينص الفرض الأول على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية(الصورة الأسرية–الصورة المدرسية– صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

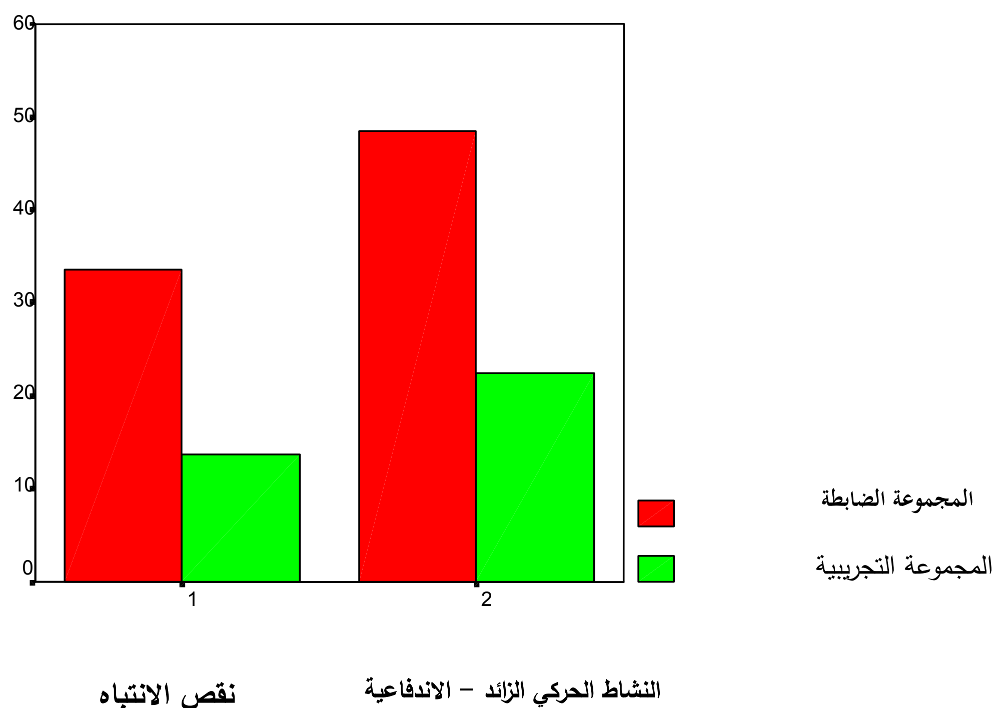
وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار مان ويتنى Man - Whitney للمجموعات غير المرتبطة .

**جدول (43 )**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | نقص الانتباه | 13.7500<br>33.500 | 4<br>4 | 2.50<br>6.50 | صفر | 18.00 | 2.82 | 0.01 |
| التجريبية<br>الضابطة | النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | 22.500<br>48.500 | 4<br>4 | 3.56<br>6.44 | صفر | 18.00 | 2.74 | 0.01 |

**شكل (5 )**




نقص الانتباه النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية

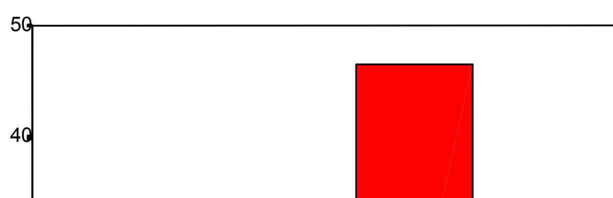
**الرسم البياني للصورة الأسرية في القياس البعدي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعتين التجريبية والضابطة**

**جدول ( 44)**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يبين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | نقص الانتباه | 14.90<br>31.66 | 4<br>4 | 3.15<br>6.85 | صفر | 18.00 | 2.84 | 0.01 |
| التجريبية<br>الضابطة | النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | 21.50<br>46.51 | 4<br>4 | 2.34<br>6.66 | صفر | 18.00 | 2.76 | 0.01 |

**شكل (6 )**



المجموعة الضابطة

المجموعة التجريبية          النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية          نقص الانتباه

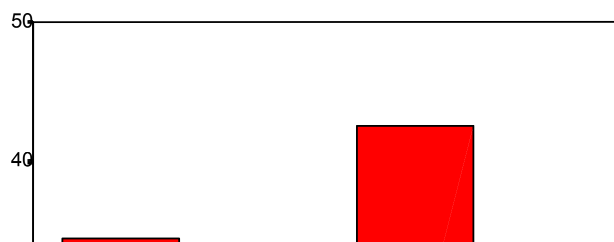
**الرسم البياني للصورة المدرسية في القياس البعدي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعتين التجريبية والضابطة**

**جدول (45 )**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يبين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | نقص الانتباه | 15.17<br>34.55 | 4<br>4 | 3.42<br>5.48 | صفر | 18.00 | 2.80 | 0.01 |
| التجريبية<br>الضابطة | النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | 27.94<br>42.63 | 4<br>4 | 3.30<br>5.90 | صفر | 18.00 | 2.72 | 0.01 |

**شكل (7 )**



المجموعة الضابطة

المجموعة التجريبية

النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية نقص الانتباه

**الرسم البياني لصورة الطفل المصورة في القياس البعدي لأبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( نقص الانتباه – النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية ) للمجموعتين التجريبية والضابطة**

## مناقشة نتائج الفرض الأول :

يتضح من الجداول السابقة وجود فروق دالة بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد(الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي عند مستوى 0.01 لصالح المجموعة التجريبية وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى على أفراد المجموعة التجريبية .

ويتضح من الجداول أن قيمة U دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل ، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات يتضح أن متوسط درجات المجموعة التجريبية اقل عن مثيله للمجموعة الضابطة وذلك في القياس البعدي الأمر الذي يدل على حدوث خفض لحدة أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية ، وعلى العكس نجد الأمر في المجموعة الضابطة ، وتحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول.

وقد توصلت هذه النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين درجات اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي – وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية . وتتفق هذه النتائج مع بعض نتائج الدراسات ومنها دراسة " بيتر جنسن و آخرون " (2001) Jensen , Peter S. et al. ، و "عادل غنايم " (2001) ، و "جان جوبانز وديل سيجل " (2000) Gubbins E., Jean &Siegle , Del. ، و "ستيوارت دأنسيجر" (2000) Stuart , Dansinger، و" مار جريت سيمرود– كليكمان وآخرين" (1999) Semrud-Clikeman, Margaret et al. ، و " كاثلين سبينيلى"(1998) Spinelli , Cathleen G و " زينتال وآخرين " (1997)Zentall, S..S. et al. ، و "باربارا بورشام وستيفن ديمز" (1995) , Burcham

Barbara G. & De Mers , Stephen T. ، و " ليندا جو بيفيفر " ( Pfeiffer , Linda Jo (1994 ،و" إليس إيكوف " Ecoff , Elise , R.(1992) و " باتريس ووبل " ( Woeppel , Patrice (1990 .

حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى كون أن التمثيل النفسي يحدث نوعا من التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي لدى أفراد المجموعة التجريبية بالإضافة إلى أن إعادة تمثيل الأحداث والخبرات المؤلمة والتي تعرض لها هؤلاء الأفراد في فترات سابقة من حياتهم تجعلهم يعيدون التعامل مع تلك المواقف من جديد وباستجابات جديدة انطلاقا من مبدأ هنا و الآن .

كما أن التمثيل يجعل الطفل عنصرا مشاركا حقيقيا في العمل الدرامي وذلك من خلال تعبيره عن نفسه الأمر الذي قد يحدث لديه استبصارا ووعيا بسلوكياته الخاطئة " التعزيز الذاتي " ، وكذا من خلال تلقيه التدعيم في صورة تشجيع معنوي بإشارات الاستحسان أو مادي من خلال إمداده بالمأكولات أو المشروبات أو الهدايا التي يفضلها " التعزيز الخارجي " .

في حين أن لعب الأدوار وتبادلها يساعد المعالج والعميل على استحضار الموقف قبل حدوثه ، ومن ثم تصحيح مسار سلوكيات الطفل( عبد الستار إبراهيم : 1993،114) . ونجد أن عملية التكرار التمثيلي للسلوكيات الخاطئة من خلال لعب ذلك الدور أو قلب الدور بإتيان السلوكيات المرغوبة والتي تنطوي على زيادة مساحة الانتباه لديهم في محيط حياتهم وتفاعلاتهم : المدرسية ( في الفصل – في الفناء – في المسرح – في الكانتين – على السلم ) ، والمنزلية ( على السفرة– في حجرة المذاكرة ) ، والمجتمعية ( في السوبر ماركت – في الحديقة – في الشارع " إشارة المرور" ) .

ويشير " والن " Whalen إلى أن جزءا كبيرا من مشكلات الطفل ذي النشاط الحركي الزائد لدى الطفل تلبك التي تتعلق بالانتباه الأمر الذي لا يساعده على إنهاء الأعمال التي توكل إليه وتجعله لا ينتبه لما نصدره إليه من تعليمات ، كما انه يكون اندفاعيا فلا ينتظر دوره في الألعاب أو المواقف الجماعية ويتسرع في الإجابة قبل سماع الأسئلة ويقاطع الآخرين ( عادل عبد الله : 2002، 24) .

ومن ثم يرى " مورينو " أن السمة الأساسية لهذا العلاج هي حرية الفعل للممثلين ، والتدريب على التلقائية ، وهذا يقابل التداعي الحر الطليق في التحليل النفسي ، كما يهدف التمثيل إلى إتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي ، والى تحقيق التلقائية ، وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض ، وإدراك الواقع وتحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم ، والتعلم من الخبرة ( حامد زهران : 1997، 291). كما يؤكد عادل عبد الله (2002–أ:160–162) على تركيز انتباه الطفل وعدم تشتته أو المساعدة في تشتيته وذلك بعد التدخل بالبرنامج العلاجي ، كما أن المواقف التمثيلية المعاشة من قبل البيئة الطبيعية مما يقلل من انتباهه ونشاطه الحركي الزائد والاندفاعية .

ولاستخدام التعزيز في تعديل السلوك أهمية فعالة من حيث تقوية ذلك السلوك وتكراره ، وكذا تحديد السلوك المرغوب والمطلوب تعديله وتغييره أو التخلص منه ، كما أن الأمر يحتاج إلى معرفة العوامل المساعدة على استمرار السلوك غير المرغوب والتي يمكن أبعادها إلى انطفاء هذا السلوك ( علا عبد الباقي : 2001، 63) . كما يتشابه الموقف التمثيل المتمثل في عكس الدور – الذي يقوم الطفل بأدائه وكذلك على مستوى التعزيز الذي يتلقاه – مع ما يشير إليه شاكر قنديل ( 2000، 513) من أن

إعادة تشكيل الاستجابات بصورة موجبة ترتكز على جوانب القوة لدى الطفل ، والتعبير الإيجابي غير المحدود في قدرات الطفل والمؤسس على قاعدة " انك فعلا تستطيع أن تفعل ، وأنا أثق في قدرتك " ، بالإضافة إلى كون أن ذلك الاتجاه الإيجابي من شأنه أن يشعل حماس الطفل .

ويرجع أسلوب " التعلم بالنموذج " إلى نظرية التعلم الاجتماعي " لباندورا " Bandwra – والتي تعتمد في تعديل السلوك على التقليد والمحاكاة تبعا لملاحظة السلوك في إطار الانتباه للنموذج أي البطل الذي يقوم بأداء الدور سواء عن طريق لعب الدور أو قلب الدور أو أداء الدور من قبل شخص آخر من خلال فنية المرأة مع القدرة على : حفظ واسترجاع تلك السلوكيات – ، إذ تقرر تلك النظرية أن عملية تعلم السلوك تحدث للفرد عن طريق الملاحظة والتقليد للنماذج السلوكية التي ينتبه لها ، ومن ثم يمكن من خلال ذلك ضبط السلوك لدى الأفراد . كما أن عملية الاندماج في الجلسات السيكودرامية بين أفراد العينة والباحث أحدثت نوعا من التفاعل الإيجابي بين أفراد العينة بعضهم بعضا وأتاحت الفرصة للتعبير عن أنفسهم بتلقائية الأمر الذي يشبهه الباحث بالخروج عن النص – كما يحدث لدى بعض الممثلين – مما يتيح الفرصة للتحرر من الاضطرابات أو الخبرات السيئة السابق التعرض لها والتي تعتري الفرد ؛ إذ أن المساحات الانتباهية لدى أفراد العينة تتسع مع زيادة الجرعات التمثيلية الناتجة عن التعرض للمواقف الحياتية المعاشة والتي يتعرض لها هؤلاء الأفراد في شتى مناحي حياتهم .

وقد أتاحت تلك المواقف التمثيلية – بتعددها وكثره تعرضها لنفس العرض بطرق ومواقف مختلفة – الفرصة لإكساب أفراد العينة القدرة على استدعاء المواقف والخبرات السيئة في المكان إلذى يقومون عليه بإبداء الموقف وفى نفس الزمان الحدث التمثيلي والتحكم فيه والسيطرة على السلوك الموجه نحوه والصادر منهم تجاه ذلك الموقف . كما يتضح من خلال المواقف التمثيلية المؤداة أهمية القدوة أو النموذج أو البطل والذي يقوم بأخذ الدور والتلقائية في أدائه والتعمق في مواجهته بالاستبصار بتلك اللزمات أو الحركات أو النقص الانتباهى الحادث لديه إزاء مواجهته مواقف بيئية من الواقع المعاش .

ويظهر الدور الفعال للتواصل التمثيلي بين أفراد العينة من خلال الأداء الدرامي بلغة تواصلية تحمل أبعادا متعددة كلغة الإشارة وحركات اليدين وقراء الشفاه وتعبيرات الوجه وتناغم ذلك كله مع الأداء الجسمي في منظومة من الممكن أن نطلق عليها تفاعل بانتوميمى مرتفع الأداء أتاح الفرصة لإظهار السلوك غير السوي وتعلم تعديله مع الإجادة للسلوك المرغوب .

بالإضافة إلى كون أن عدم التدخل بالبرنامج السيكودرمى مع المجموعة الضابطة أدى إلى عدم حدوث تغير أو تقدم في مستوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لديه هؤلاء الأفراد وذلك عند مقارنتها بالمجموعة التجريبية التي تلقت برنامجا علاجيا باستخدام السيكودراما في الدراسة الحالية.

ثانياً : نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

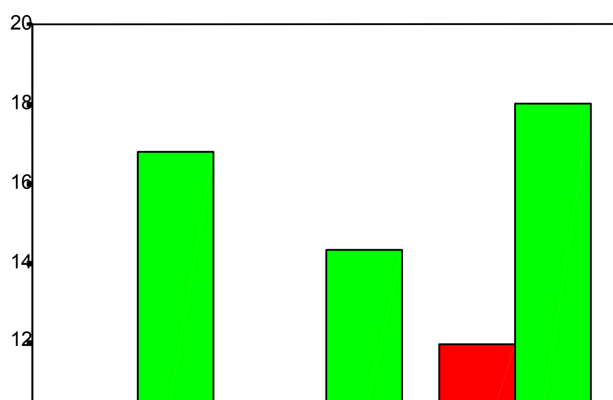
وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار مان ويتنى Man - Whitney للمجموعات غير المرتبطة ، وذلك عن طريق الفروق بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي .

**جدول ( 46 )**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) ببين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الشخصي | 16.80<br>9.45 | 4<br>4 | 3.21<br>5.79 | صفر | 18.00 | 2.70 | 0.01 |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الدراسي | 14.36<br>8.45 | 4<br>4 | 2.90<br>6.10 | صفر | 15.00 | 2.21 | 0.01 |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الاجتماعي | 18.00<br>12.00 | 4<br>4 | 3.26<br>5.74 | صفر | 16.00 | 2.54 | 0.05 |

**شكل ( 8 )**



المجموعة الضابطة

المجموعة التجريبية

التوافق الشخصي التوافق الدراسي التوافق الاجتماعي

**الرسم البياني للصورة الأسرية في القياس البعدي للتوافق النفسي**

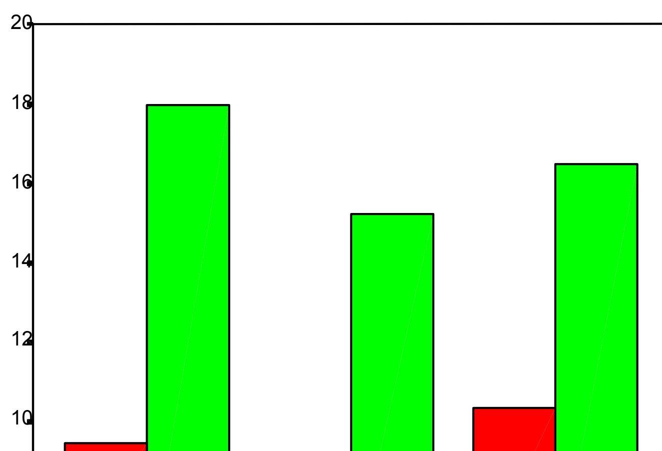
**( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) للمجموعتين التجريبية والضابطة**

**جدول ( 47 )**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) يبين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الشخصي | **17.94**<br>**9.48** | **4**<br>**4** | **4.42**<br>**4.48** | **صفر** | **22.00** | **2.79** | **0.01** |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الدراسي | **15.23**<br>**8.61** | **4**<br>**4** | **3.43**<br>**5.47** | **صفر** | **23.00** | **2.85** | **0.01** |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الاجتماعي | **16.47**<br>**15.23** | **4**<br>**4** | **2.89**<br>**6.11** | **صفر** | **19.00** | **2.54** | **0.05** |

**شكل ( 9 )**



التوافق الشخصي

المجموعة الضابطة

المجموعة التجريبية

التوافق الشخصي التوافق الدراسي التوافق الاجتماعي

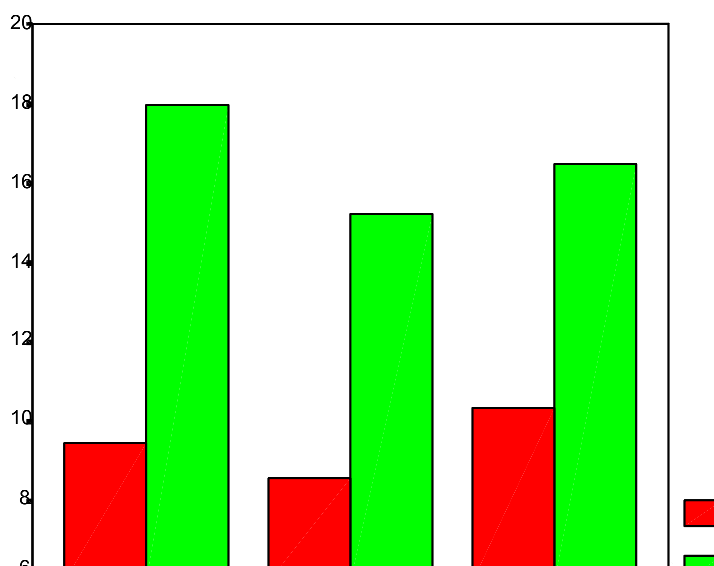
**الرسم البياني للصورة المدرسية في القياس البعدي للتوافق النفسي**
**( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) للمجموعتين التجريبية والضابطة**

**جدول (48)**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) يبين المجموعة الضابطة والتجريبية**

| المجموعة | البعد | المتوسط | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب م | معامل مان – ويتنى U | معامل ويلكوكسون W | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الشخصي | **15.89**<br>**10.18** | **4**<br>**4** | **3.51**<br>**5.49** | **صفر** | **20.00** | **2.52** | **0.05** |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الدراسي | **16.19**<br>**9.55** | **4**<br>**4** | **2.27**<br>**6.73** | **صفر** | **17.00** | **2.21** | **0.05** |
| التجريبية<br>الضابطة | التوافق الاجتماعي | **14.63**<br>**8.3** | **4**<br>**4** | **3.45**<br>**5.55** | **صفر** | **21.00** | **2.88** | **0.01** |

**شكل (10 )**



**المجموعة الضابطة**

**المجموعة التجريبية**

المجموعة الضابطة

المجموعة التجريبية

التوافق الاجتماعي التوافق الدراسي التوافق الشخصي

**الرسم البياني لصورة الطفل المصورة في القياس البعدي للتوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) للمجموعتين التجريبية والضابطة**

مناقشة نتائج الفرض الثاني :

يتضح من الجداول السابقة وجود فروق دالة بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة )في القياس البعدي عند مستوى 0.01 وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى على أفراد المجموعة التجريبية .

ويتضح من الجداول أن قيمة U دالة بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى، وبين المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الأولى، وبين المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الثانية. وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات يتضح أن متوسط درجات المجموعة التجريبية الأولى قل عن مثيله للمجموعة التجريبية الثانية الذي قل بدوره عن مثيله للمجموعة الضابطة مما يدل على حدوث تحسن إذ قلت حدة أعراض النشاط المفرط للمجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية مع تفوق المجموعة التجريبية الأولى، وتحقق هذه النتائج صحة الفرض الأول.

ويتضح من الجدول وجود فروق دالة بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية الأولى في التطبيقين القبلي والبعدي للمقياس. وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات بالجدولين 2، 5 يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي حيث قل متوسط الدرجات بشكل دال مما يعني انخفاض حدة تلك الأعراض. وعلى هذا الأساس تحقق هذه النتيجة صحة الفرض الثاني.

وقد توصلت هذه النتائج إلى وجود فروق دالة بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي عند مستوى 0.01 وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى على أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

وتتفق هذه النتائج مع بعض نتائج الدراسات ومنها دراسة" عاطف الأقرع " ( 1999) ، و" حمدي عرقوب " ( 1996) ، و " عمرو رفعت " (1997) ، و "محمد فتحي عبد الواحد " (1994) ، و "فيكتوريا هاجيدرون " Hagedorn, Victoria S.(1992) ، وتلك الدراسات استخدمت بعض البرامج سواء العلاجية أو الإرشادية لتنمية مهارة أو خفض حدة اضطراب وبيان اثر تلك البرامج على التوافق لدى ذوى

الإعاقة السمعية ، حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية التدخل العلاجي في تنمية التوافق النفسي لدى أفراد تلك الدراسات من ذوى الإعاقة السمعية .

وقد لوحظ على الجانب التوافقي الشخصي لدى ذوي الإعاقة السمعية لأفراد المجموعة التجريبية أن هناك استجابات إيجابية تدل علي شعور ذوي الإعاقة السمعية بالرضا الشخصي والممثل في: تقبلهم لإعاقتهم ، ومشاركتهم مع الغير وعدم الانعزالية ، وقلة الميول الأنسحابية والانحرافات النفسية لديهم فضلا عن رضاهم عن الآخرين، و شعورهم بالراحة النفسية . في حين وجد – على مستوى التوافق الدراسي لدى ذوي الإعاقة السمعية– استجابات إيجابية تدل علي شعورهم بالرضا الدراسي والمتمثل في: تقبلهم للمدرسة والمواد الدراسية والمعلم و إدارة المدرسة وزملاء الفصل، أما على مستوى التوافق الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة السمعية فقد لاحظ الباحث ارتفاع في مستوى الاستجابات التي تدل علي شعورهم بالرضا الاجتماعي والمتمثل في : التواصل الإيجابي مع الآخرين ، وارتفاع مستوى إتقانهم للمهارات الاجتماعية ( كالتعاون والمساعدة والصداقة ) ، والتفاعل الإيجابي مع المحيطين بهم في المجال التفاعلي كالأسرة – الجيران – والأقارب ، وقلة الميول المضادة للمجتمع، واتفاق رغباتهم مع رغبات الجماعة .

ويشير الباحث إلى أن مرجع حدوث تلك النتائج والمتمثلة في وجود فروق دالة بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التوافق النفسي (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي ، وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى على أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل إلى حدوث تغيرات سلوكية متدرجة الإيجابية خلال تطبيق الباحث للبرنامج السيكودرامى وبعدة وذلك للمجموعة التجريبية ومرجع ذلك تشابه النشاط الدرامي الممارس من قبل أفراد المجموعة التجريبية مع اللعب ذلك النشاط الفطري الحر ، وإتاحة السيكودراما لهم ممارسة الدور الحياتي المعاش وارتياده وقيادته أي التحكم في الطرح على ارض الواقع على خشبه المسرح وأثناء الأداء التمثيلي ، كما أن التغير الإيجابي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد عن طريق خفض حدته قد أدي إلى إيجابية التوافق لدى أفراد عينة الدراسة ، وكذلك لوحظ وجود ارتفاع في قدرة أفراد المجموعة التجريبية على مواجهة المشاكل التي يتعرضون لها في المجال الأسرى أو المدرسي أو المجتمعي بصفة عامة، وتشير سهير كامل( 1998، 28-29) إلى أن إيجابية التوافق تتضح من خلال تقبل الفرد الواقعي لحدود إمكاناته مع المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة ووجود اتزان انفعالي لديه بالإضافة إلى عقد صلات اجتماعية إيجابية مع الآخرين ، ويقصد الباحث بتلك الخبرات المشاهد التمثيلية التي أداها أفراد المجموعة التجريبية والمتمثلة في لعب الدور وعكسه الأمر الذي اكسب أفراد العينة خبرات تفاعلية معاشه .

وتلفت زينب شقير ( 1999، 45) انتباه الباحث إلى أن التمثيل القائم على لعب الأدوار من شانه أن يكشف عن قدرات التلاميذ ( أفراد المجموعة العلاجية ) وتنميتها وذلك من خلال تنمية العمل الجماعي بينهم ، وإيجاد اتجاهات اجتماعية مرغوبة ، والمساعدة على التوعية والتوجيه ، الأمر الذي يعطى بوادر ارتفاع التوافق على المستوى الشخصي والدراسي والاجتماعي كمرجع لعملية المشاركة التي شارك فيها هؤلاء الأطفال.

ويشير حامد زهران (1997، 285-286) إلى أن من أهم مميزات العلاج النفسي الجماعي ارتباط الفرد بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي السائد بالإضافة إلى أن أحد أهداف هذا النوع من العلاج هو تحقيق التوافق الشخص والاجتماعي بما يحقق سعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي ، وأيضا يعمل على إحداث التنفيس الانفعالي – لب العلاج بالسيكودراما – وتكوين علاقات اجتماعية جديدة، والاستبصار بنظرة تفاعلية جديدة للأشياء والأحداث أي إعادة تنظيم الشخصية .

ويرى الباحث أن هناك تغير حادث في البعد السلوكي لأفراد المجموعة التجريبية بعكس المجموعة الضابطة وذلك على مستوى الدوافع والحاجات والانفعالات والقدرة التفاعلية مع الآخرين سواء في مجال الدراسة أو المنزل أو المجتمع بصفة عامة ؛ إذ أن المشاركة التفاعلية للسيكودراما تؤدى إلى قلة الانعزالية الحادثة لأفراد العينة مع زيادة القدرة على المبادأة والتفاعل والانفتاح الإيجابي على الآخرين .. الأمر الذي يؤدى لاكتساب القدرة على مواجهه الذات ومواجهه الآخرين والوعي بالسلوكيات غير السوية والسوية التي يراها الفرد من خلال قيام أفراد العينة بالأداء التمثيلي المرئي أمام أعينهم .

كما أن مناقشة أفراد العينة في الأداء التمثيلي للسلوكيات التي قدمتها التمثيلية " التغذية الراجعة " تؤدى لزيادة المساحات الانتباهية لدى أفراد العينة وقلة الشرود والسرحان التي يعتاد الأطفال ذوى اضطراب الانتباه التعرض لها . وتلعب الأحداث التمثيلية المرئية من قبل أفراد العينة دورا مؤثرا في جذب انتباه المشاهد وكذلك عنصر التشويق بانتظار كيفية أداء الأفراد لدورهم وكيفية تفاعلهم مع تلك المواقف من خلال الإلقاء بظلال مشكلاتهم الحياتية على الواقع التمثيلي الذي يستدعونه هنا " على خشبه المسرح " والآن " في تلك اللحظة التمثيلية ". والأخذ بتلابيب الدور التمثيلي يعد أمرا مناسب لطريقة العلاج الجمعي وبصفة خاصة مع الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .
ويساعد ذلك الأمر على زيادة الثقة التفاعلية لديهم مع ذواتهم ومع الغير وكذلك المساعدة على التغلب على بعض العقبات التفاعلية التي يتعرضون لها كمرجع للتشتت الانتباهى واللزمات الحركية والتهور السلوكي الحادث لديهم والإعاقة السمعية . كما أن لتقمص أفراد العينة لأدوار الأفراد الذين يتفاعلون معهم في محيط حياهم دورا هاما في اكسبهم قدرات تفاعلية اكبر في محيط حياتهم من حيث المشاركة والتفاعل والمواجهة مع المشكلات التي يتعرضون لها.

أما أفراد المجموعة الضابطة فان عدم حدوث تغيرات سلوكية لديهم يعود – من خلال القياس البعدي للتوافق النفسي – وجود ارتفاع في مستوى عدم التوافق سواء على المستوى الذاتي أو على المستوى الدراسي أو الاجتماعي في محيط الأسرة والمجتمع ومن ثم فقد القدرة على التأقلم مع الظروف المحيطة بهم .

بالإضافة إلى كون أن عدم التدخل بالبرنامج السيكودرمى مع المجموعة الضابطة أدى إلى عدم حدوث تغير أو تقدم في مستوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لديه هؤلاء الأفراد

وذلك عند مقارنتها بالمجموعة التجريبية التي تلقت برنامجا علاجيا باستخدام السيكودراما في الدراسة الحالية .

**ثالثاً : نتائج الفرض الثالث:**

ينص الفرض الثالث على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .

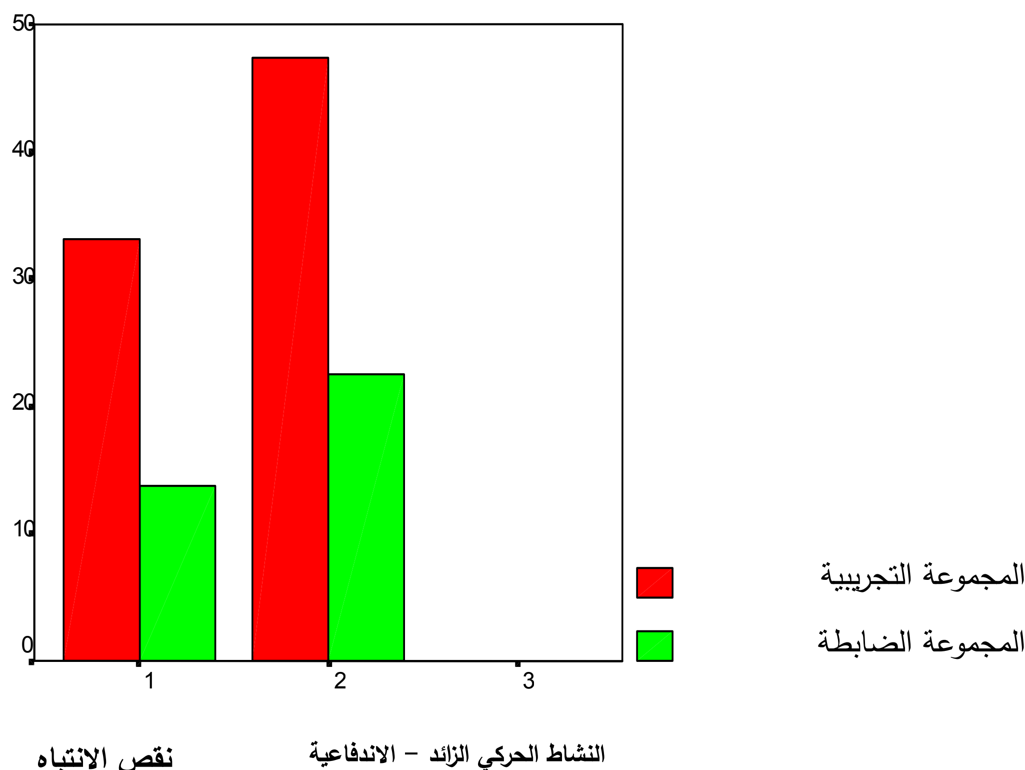
**جدول ( 49 )**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 33.15<br>13.75 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.50<br>2.50 | 2.68 | 0.01 |
| النشاط الحركي الزائد – | قبلي | 47.34<br>22.50 | – | صفر | 6.50<br>2.50 | | |

| الاندفاعية | بعدى | | +<br>= | 4<br>صفر | | 2.98 | 0.01 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**شكل (11 )**




**الرسم البياني للصورة الأسرية في القياس لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية**

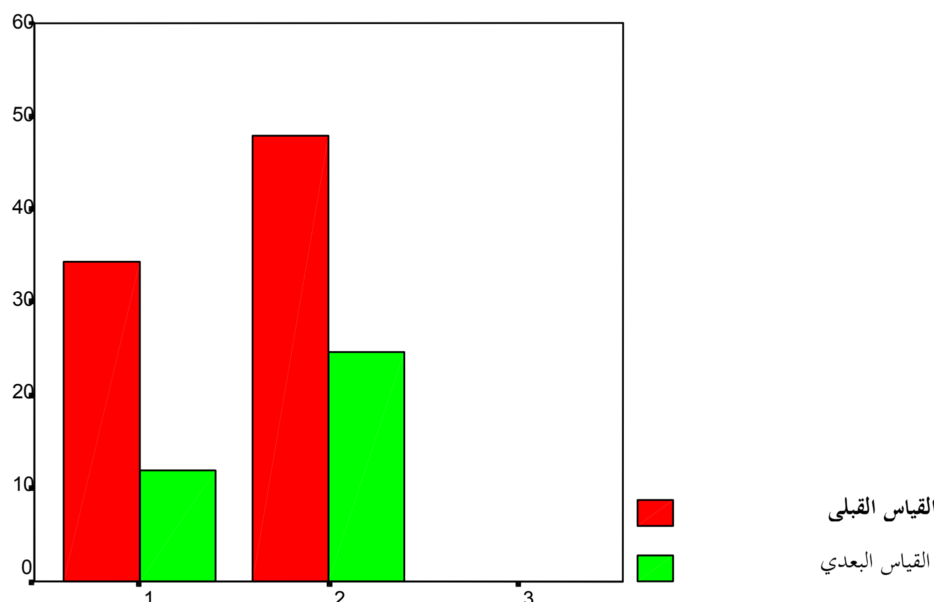
**جدول ( 50)**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 34.42<br>11.90 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.50<br>2.50 | 2.65 | 0.01 |
| النشاط | قبلي | 47.97 | – | صفر | 6.50 | | |

| الحركي الزائد – الاندفاعية | بعدى | 24.58 | +<br>= | 4<br>صفر | 2.50 | 2.76 | 0.01 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**شكل ( 12 )**




**الرسم البياني للصورة المدرسيه في القياس لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية**

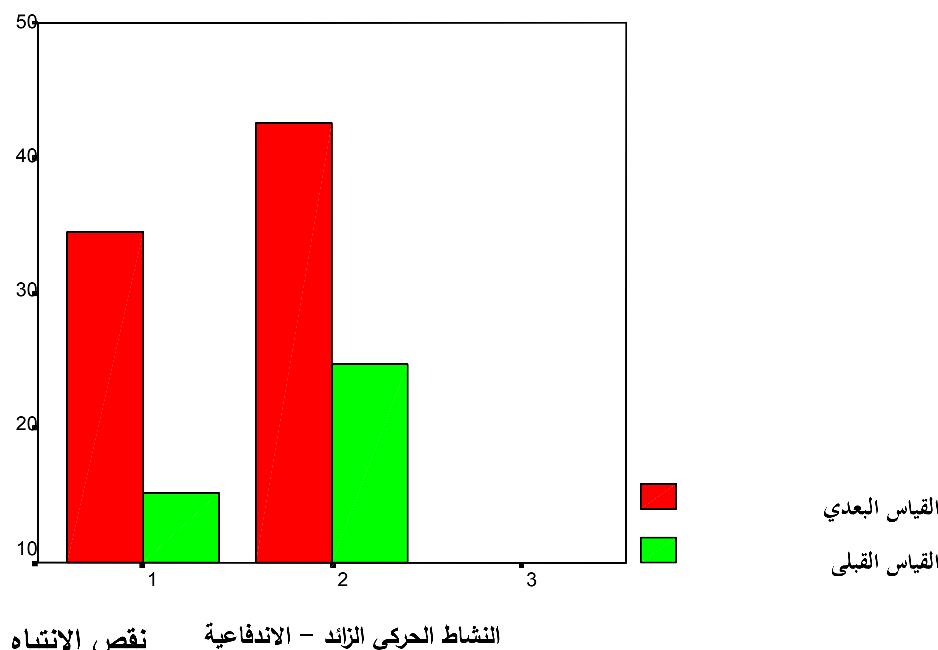
**جدول ( 51 )**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 34.47<br>15.17 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.50<br>2.50 | 2.25 | 0.05 |
| النشاط الحركي الزائد | قبلي | 42.65<br>27.94 | – | صفر | 6.50<br>2.50 | | |

| – الاندفاعية | بعدى | | +<br>= | 4<br>صفر | | 2.69 | 0.01 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**شكل ( 13 )**




**الرسم البياني لصورة الطفل المصورة في القياس لمقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية**

**<u>ثالثاً : مناقشة نتائج الفرض الثالث:</u>**

يتضح من الجداول السابقة وجود فروق بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01، في أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ( نقص الانتباه – النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ) لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في الصورة الأسرية والصورة المدرسية وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى .

ويتضح كذلك وجود فروق بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01، في بعد النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ، وعند مستوى 0.05فى بعد نقص الانتباه في صورة الطفل المصورة ) ، وذلك بعد تطبيق البرنامج السيكودرامى .

كما أظهرت النتائج أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي حيث قل متوسط درجات هذا القياس بشكل دال مما يعني انخفاض حدة أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وتحقق هذه النتيجة صحة هذا الفرض.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسة " عبد الفتاح رجب " (2002) و " محمود محي الدين العشري " ( 1999) ،و " دعاء قنديل صادق " (1999) ، و "ويلما فيالى وجون باترسون " (1998) Vialle, Wilma &Paterson , John، و" ايمن المحمدي " ( 1998) ،و" بولاك " ( 1997) Pollack , B. J. و " ايتا ميللر " (1993) Miller, Etta ، و " وكومار باتريشيا " (1992) Patricia , Komar ، و" الين هوروفيتز " (1992) Horovitz, Ellen ، و" عبد العزيز الشخص " ( 1992) ، و "هارى ليفيت " (1989) Levitt, Harry ، و " مارجورى " (1986) Marjorie , L. ، و"سوينك " ( 1985) Swink, D.F. ، و" روبنسون وكلايتون " (1971) Clayton , L.& Robinson, D.

إذ بينت هذه الدراسات فعالية العلاج باستخدام السيكودراما القائمة على التلقائية والاستبصار بالسلوكيات الخاطئة من خلال التعرض للمواقف الفعلية المعاشة – والتي يتعرض لها أفراد المجموعة التجريبية– والمشاهدة عبر التمثيل الأدائى لهذه الأدوار من خلال محاكاة الواقع تمثيليا عبر التعرض لمواقف يظهر في طياتها نقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد بالإضافة للاندفاعية .

فضلا عن إشراك الباحث لأفراد المجموعة التجريبية في الأداء التمثيلي لتلك المواقف جعل قدرتهم على تعلم السلوكيات الإيجابية تصبح اكثر فعالية ، وذلك تبعا لنظرية التعلم الاجتماعي " لباندورا " Bandura ؛ إذ أدي ذلك التدخل بالبرنامج السيكودرامى لحدوث تغيير للسلوكيات غير المرغوبة بطريقة تعتمد على الاستبصار والتلقائية واللذان يمثلان جناحا السيكودراما .

وأشار " باندورا " Bandura إلى كون أن السلوك والمعتقدات والأفكار الذاتية للفرد والمؤثرات البيئية تتفاعل معا بشكل متداخل ، إذ يؤثر كلا منها على الأخر ، الأمر الذي يشكل الأنماط السلوكية المرغوبة أو غير المرغوبة ، وارجع الفشل في تعلم السلوك الاجتماعي إلى : عمليات الانتباه للنموذج المشاهد ( عبر الأداء التمثيلي كما في السيكودراما ) ، وعمليات الحفظ والتي تتم من خلال ملاحظة السلوك المؤدى، وتحفظ وتخزن ، وعمليات الاسترجاع الحركي والتي تشير إلى تحويل ما تم حفظة داخل الذاكرة لسلوك ، وعمليات الدافعية وذلك عند وجود تعزيز إيجابي ( التدعيم ) ؛ إذ تزداد القابلية في تلك الحالة للإتيان بسلوك النموذج ( محمد السيد عبد الرحمن : 1998، 618-644).

كما أتاح الباحث لأفراد المجموعة التجريبية فرصة التطبيق المباشر لمبادئ التعلم عبر التدعيمات سواء كانت مادية في صورة نقود أو مأكولات كالحلويات أو الشراب، أو كانت اجتماعية كإشارة ممتاز لمديح الطفل(الشاطر)، وذلك بهدف إثابتهم عند إجادتهم لأداء أدوارهم التمثيلية وإتيانهم للسلوك المرغوب فيه ، ويجب الانتباه إلى عدم إعطاء المكافئة قبل أن ينجز أو يتم الطفل المطلوب منه وان اشترط الطفل تقديم المكافئة قبل إنجازه للمطلوب منه حتى لا يعتبر الأمر رشوه أو قد يستغل الطفل الأمر وتصبح سلوك عنده ويجب في مراحل لاحقه أن لا يتوقع الطفل مكافئة عن كل الأعمال التي ينجزها حتى أيضا لا تتحول إلى عاده يجب تخفيف عدد أو قيمة المكافئات مع زيادة طلب المهمات من الطفل والتباعد في الفترة الزمنية التي يتم خلالها إعطائه إياها .

وقد ظهر الاعتماد على الأداء التمثيلي التلقائي في البرنامج السيكودرامى العلاجي من خلال فكرة القيام بأدوار أشخاص واقعين ويعايشون هؤلاء الأطفال سواء في المنزل أو المدرسة أو الشارع بواسطة لعب دور شخص لديه القدرة على التأثير على الطفل والمجموعة كالأب أو المعلم....

ويتميّز أفراد المجموعة التجريبية قبل البرنامج بكونهم يعانون من صعوبات مركبة من نقص الانتباه المتمثل في ضعف التركيز..، وزيادة النشاط الحركي كالقفز من على الأماكن المرتفعة أو النزول إلى الحفر ...،والاندفاعية كالتسرع في الإجابات، وردود الفعل، وممارسة السلوكيات غير المرغوبة كعبور الشارع دون الانتظار لخلوه من السيارات مع عدم التفكير في العواقب المترتبة على ذلك .

أما بعد التعرض للبرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما فنجد أن هناك سمات قد اكتسبها أفراد العينة كاتساع مساحة انتباههم والتفكير في الحدث قبل آتياته أو القيام به سواء في المنزل أو في المدرسة أو في الشارع أو في السوق " في محل البقالة " أو في أي مكان يتفاعلون فيه مع غيرهم .

وظهرت التغيرات السلوكيات أثناء أدائهم لبعض الأعمال سواء في المحيط الأسرى أو الدراسي من خلال زيادة قدرتهم على الاستمرار في أدائهم لأعمالهم سواء المنزلية أو الواجبات المدرسية وذلك لمدة طويلة عن المعتاد منهم فضلا عن قلة أخطائهم التي يرتكبونها مع زيادة الأشياء الصحيحة التي يقومون بها وقلة الزمن اللازم لأدائهم لتلك الأعمال .

كما ظهرت فعالية البرنامج السيكودراما للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج من خلال طريقة تمثيل الأدوار والتي تعد من الطرائق الجيدة لتعليم الأفراد المناشط السلوكية الاجتماعية كما إنها أداة فاعلة في تكوين وتشكيل النظام التنفسي لدى الأفراد ، وأيضا زيادة تركيز الانتباه والعمل على الحد من الإفراط في النشاط والاندفاعية لديهم .

**<u>رابعاً : نتائج الفرض الرابع:</u>**

وينص الفرض الرابع على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .

**جدول ( 52 )**

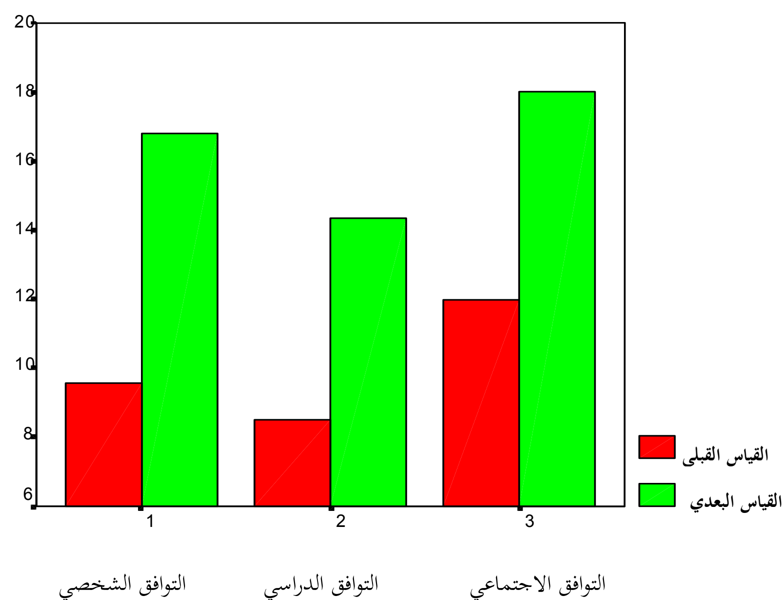
دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي

( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية

| البيان | نوع | المتوسط | اتجاه | عدد الأفراد | متوسط | قيمة | مستوى |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| البعد | القياس | | الرتب | ن | الرتب | Z | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 9.57<br>16.80 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.73<br>3.21 | 2.89 | 0.01 |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 8.51<br>14.36 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.12<br>2.90 | 2.73 | 0.01 |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 11.97<br>18.00 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.67<br>3.26 | 2.69 | 0.01 |

شكل ( 14 )



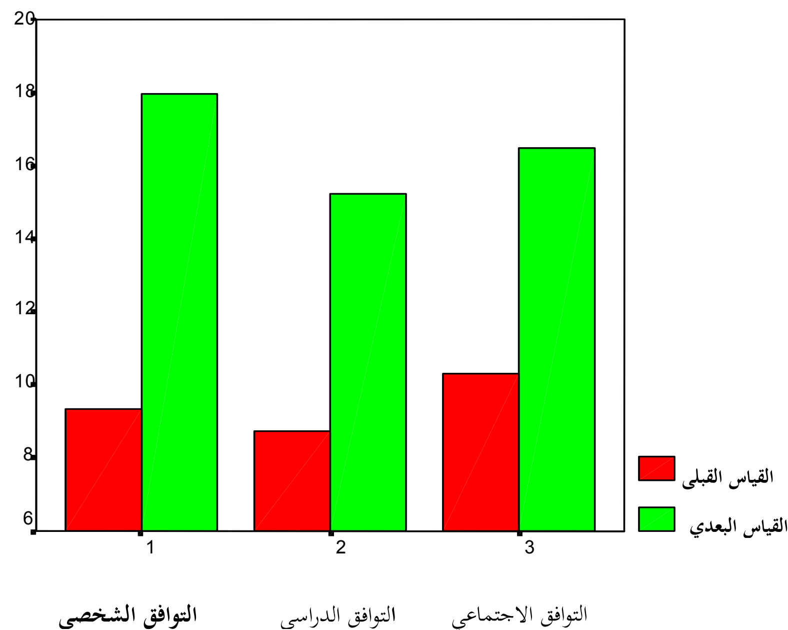
**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية في الصورة الأسرية للتوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

جدول (53 )

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 9.35<br>17.94 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 4.42<br>4.46 | 2.22 | 0.05 |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 8.72<br>15.23 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 3.43<br>5.39 | 2.18 | 0.05 |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 10.29<br>16.47 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 2.92<br>6.08 | 2.13 | 0.05 |

**شكل ( 15 )**



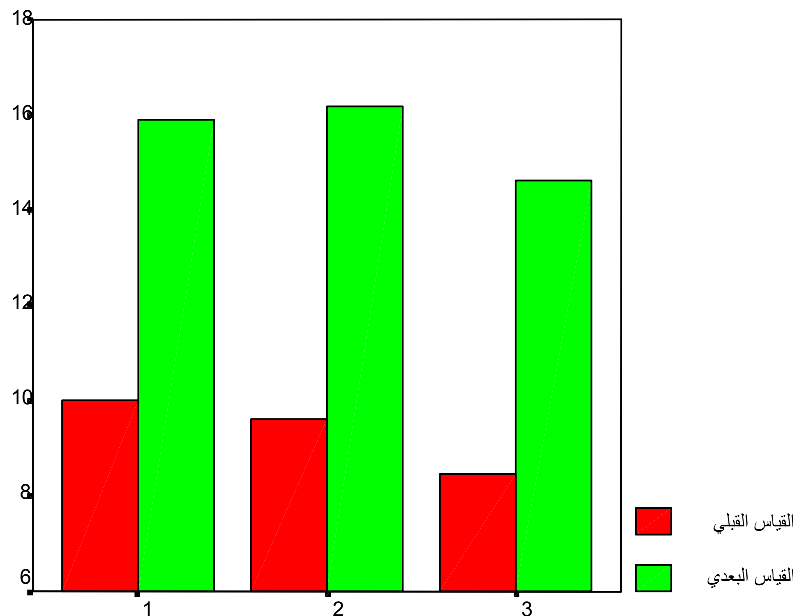
**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية في الصورة المدرسية للتوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**جدول (54)**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 10.02<br>15.89 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 3.51<br>5.52 | 2.27 | 0.05 |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 9.63<br>16.19 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 2.27<br>6.68 | 2.06 | 0.05 |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 8.46<br>14.63 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 3.45<br>5.47 | 2.17 | 0.05 |

**شكل (16 )**



التوافق الاجتماعي التوافق الدراسي التوافق الشخصي

**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية في صورة الطفل المصورة للتوافق النفسي( الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**مناقشة نتائج الفرض الرابع :**

يتضح من الجداول السابقة وجود دلالة عند مستوى (0.01) للصورة الأسرية، وعند مستوى (0.05) للصورة المدرسية وصورة الطفل المصورة وذلك للفروق بين متوسطي رتب الدرجات للمجموعة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدي علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في القياسيين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل هو ما يحقق صحة هذا الفرض.

واتفقت بعض الدراسات مع نتائج الدراسة الحالية والتي تناولت آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية على ارتباط خفض حدة هذا الاضطراب على ارتفاع التوافق النفسي لديهم كما في دراسة" فيكتوريا هاجيدورن" (1992).Hagedorn, Victoria ,S ، و دراسة " عبد العزيز الشخص " (1992) و دراسة " بيتى روز نبلوم " (1981) Rosenbloom , Betty .

ويتفق الباحث مع " كورى " .Corey,G ( 2000، 213) على فعالية السيكودراما كممثلة للعلاج النفسي الجماعي في جعل المريض يقوم بتجسيد بعض المواقف الحياتية سواء لأحداث في الماضي أو الحاضر أو المستقبل بهدف التعمق في التعرف على المشكلات وفهمها.

وتكمن وظيفة البرنامج السيكودرامى في الدراسة الحالية في نجاحه في كسر حدة الجمود التفاعلي لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية عن طريق زيادة مساحة الاتفاق مع الذات ومع المحيطين بهم سواء داخل الأسرة أو خارجها أو في إطار المدرسة أو في الشارع أو محل البقالة ( السوبر ماركت ) أو الحدائق ...

ويرى الباحث أن السيكودرما تحقق للطفل الفرصة لإحداث أمرين وفقا لما يشير إليه " شاكر قنديل " ( 2000، 513-515) الأول :إعادة تشكيل الاستجابات الصادرة منه وذلك بصورة موجبة من خلال التعبير الإيجابي غير المحدود في قدرات ذلك الطفل ، والثاني : يتمثل في مساعدة الطفل ذي الإعاقة السمعية على معايشة بيئة مزدوجة الثقافة.

ويتم ذلك الأمر من خلال زيادة الخبرات التفاعلية اليومية ، واكتسابه للعديد من الأنشطة الاجتماعية البناءة والتي تساعده على زيادة مساحة التوافق وخاصة الاجتماعي لديه الأمر الذي مكن أفراد العينة من

خفض حدة العزلة الشخصية والدراسية والاجتماعية في محيط تفاعلاتهم مع الآخرين مما أدى لزيادة فرص المشاركة والتفاعل الاجتماعي مع زملائهم وأصدقائهم ووالديهم ومعلموهم ....

كما احدث البرنامج السيكودرامى نوعا من الاستبصار والتلقائية واللتان ساهمتا في إزالة الانعزال التواصلي لدى أفراد المجموعة التجريبية كمرجع لاكتسابهم مواقف تمثيلية محاكية لما يجرى في الواقع الفعلي الذي يعيشون فيه وذلك على المستوى الذاتي ( تغيرات تتعلق بالشخصية ) من خلال زيادة القدرة على التعبير عن الذات بالتفاعل مع الآخرين وتنمية بعض المهارات الاجتماعية كالتعاون والصداقة والمساعدة ومحاولة إشباع حاجاتهم بطريقة سوية ، كما يظهر زيادة التوافق في المحيط الدراسي من خلال التفاعل الجيد مع زملاء الدراسة والمعلم وباقة أفراد المنظومة المدرسية والحرص على الإقبال على العملية التعليمية بكافة جوانبها والمجتمعي ( في الشارع) والمتمثل في البائع وسائق التاكسي وعامل الملاهي ويظهر ذلك من خالا إيجابية التفاعل والانصهار في علاقات تكيفيه مع البيئة .

كما ساهم البرنامج السيكودرامى في تشجع أفراد المجموعة التجريبية على الاتصال والتواصل فيما بينهم والتعلم من بعضهم البعض بغض النظر عن الاختلافات التواصلية البيئية فيما بينهم ؛ إذ يستطيع الباحث أو المعالج أن يستخدمً هذه الطريقة مع اختلاف فئات أفراد المجموعة التجريبية بغض النظر عن قدراتهم التواصلية مع الآخرين .

**خامسا : نتائج الفرض الخامس:**

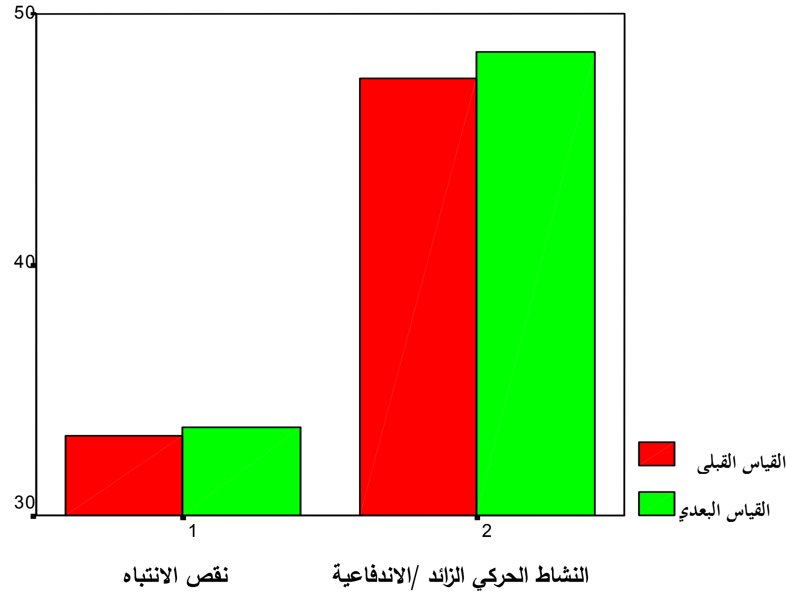
**ينص الفرض الخامس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي . وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .**

**جدول ( 55 ) دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 33.19<br>47.45 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 1.77<br>1.83 | 1.05 | غير دالة |
| **النشاط الحركي الزائد –** | قبلي<br>بعدى | 47.45<br>48.50 | –<br>+ | صفر<br>4 | 5.78<br>5.69 | 0.75 | غير دالة |

| الاندفاعية | | | = | صفر | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

شكل ( 17)



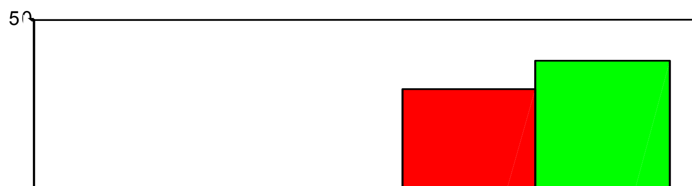

**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة في الصورة الأسرية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**جدول ( 56 )**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 34.97<br>31.66 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 1.92<br>3.34 | 1.06 | غير دالة |
| النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | قبلي<br>بعدى | 46.62<br>46.51 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 1.76<br>5.47 | 0.98 | غير دالة |

**شكل ( 18 )**



النشاط الحركي الزائد/ الاندفاعية

النشاط الحركي الزائد /الاندفاعية نقص الانتباه

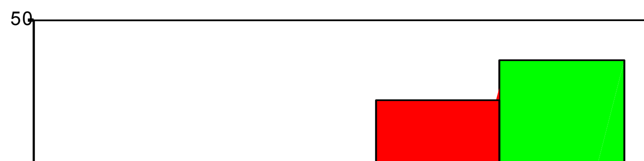
**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة في الصورة المدرسية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**جدول ( 57 )**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | قبلي<br>بعدى | 34.68<br>34.55 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 2.01<br>3.38 | 0.67 | غير دالة |
| النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | قبلي<br>بعدى | 42.59<br>41.63 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 1.94<br>5.16 | 0.58 | غير دالة |

**شكل ( 19 )**



النشاط الحركي لزائد/ الاندفاعية نقص الانتباه

**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية في صورة الطفل المصورة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**مناقشة نتائج الفرض الخامس:**

ويتضح من الجداول السابقة عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب الدرجات في القياسيين القبلي والبعدي في أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى المجموعة الضابطة في الصورة الأسرية والصورة المدرسية وصورة الطفل المصورة ، وهو ما يحقق صحة الفرض الخامس.

تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة " توم هارتمان " Hartman, Thom( 2003 ) ، و دراسة " كولين ويلا رد- هولت " (2002) Willard- Holt, Colleen ، و" جمال عطية فايد " (2001)، و" كولين ويلا رد- هولت " Willard- Holt, Colleen(1999) ، و" ستيفانيش جريح" Stefanich , Greg ,P(1998). ، و" شيري بيرجستهلر" Burgstahler, Sherry, I. (1997) ، و" برا تر جريح وآخرين" (1997) Prater , Grege et al. ، و " آن تومسون وآخرون"(1997)Thompson , Anne ,R. et al. ، و" بوني هودج وجيني بريستون- سابين" Hodge , Bonnie M.& Preston- Sabin, (1997) Jennie ، و" آن تمسون وليسل بيتا" Thomson , Anne R. & Bethea, Leslie(1996) ، و " الدك" Eldik T.V.(1994) ، و " ليزا كوبر" kupper , Lisa (1994) ، و " كيلي ديزموند وآخرين" Kelly , Desmond et al (1993). ، و" كيلي ديزموند وآخرين" (1993) . Kelly , Desmond et al ، و " كامبل دونالدس وأخرين" Cambell , Donald’s et al. (1989)، و

دراسة " هارس أو برين" (O, Brian, Deborah, Harris(1987 و" كريستي ميللر" (1985) Miller , Christy, L، و"مارك اسكيمسكي " (Schimsky , Marc (1982 .

إذ أن عدم التدخل ببرامج علاجية أو إرشادية في تلك الدراسات للمجموعة الضابطة أدى إلى عدم أحداث تغيير في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أفراد العينة من المجموعة الضابطة من ذوى الإعاقة السمعية .كما تدعم نتائج هذا الفرض بصورة غير مباشر فعالية البرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما حيث أن عدم وجود فروق دالة للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لان هذه المجموعة – كما يشير عادل عبد الله (2000–أ: 346)– لم تتعرض بطبيعة الحال لأي إجراء تجريبي في حين كان هناك انخفاض دال في المجموعة التي تعرضت للبرنامج .

ويشير الباحث إلى كون أن عدم خضوع أفراد المجموعة الضابطة للتدخل باستخدام البرنامج العلاجي السيكودرامى لم يغير سلوكيات أفراد تلك المجموعة ، ولذلك لم يحدث لديهم أي تغيير في القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة من حيث آتياتهم للأنماط السلوكية غير المرغوبة والتي تدل على نقص الانتباه كالسرحان وعدم التركيز الانتباهى في الأعمال التي يقومون بها ؛إذ تنخفض المساحة الانتباهية لديهم ويزداد النشاط الحركي وتظهر الاندفاعية كمرجع لعدم التعرض للتنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي للمواقف الانتباهية والنشاط الحركي المتزن والتروي إزاء أية أعمال يريدون القيام بها ، وتلك التي تنمى التروي على مستوى التفاعل الحياتي اليومي بأداء الدور المشاهد وقلبه للإتيان بالنموذج الإيجابي للسلوك ومن ثم الاقتداء به .

ولذلك اظهر ذلك الفرض عدم وجود فروق دالة إحصائيا في القياسيين القبلي والبعدي في أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أفراد المجموعة الضابطة وذلك في الصورة الأسرية والصورة المدرسية وصورة الطفل المصورة .

**سادساً: نتائج الفرض السادس:**

وينص الفرض السادس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين القبلي والبعدي .

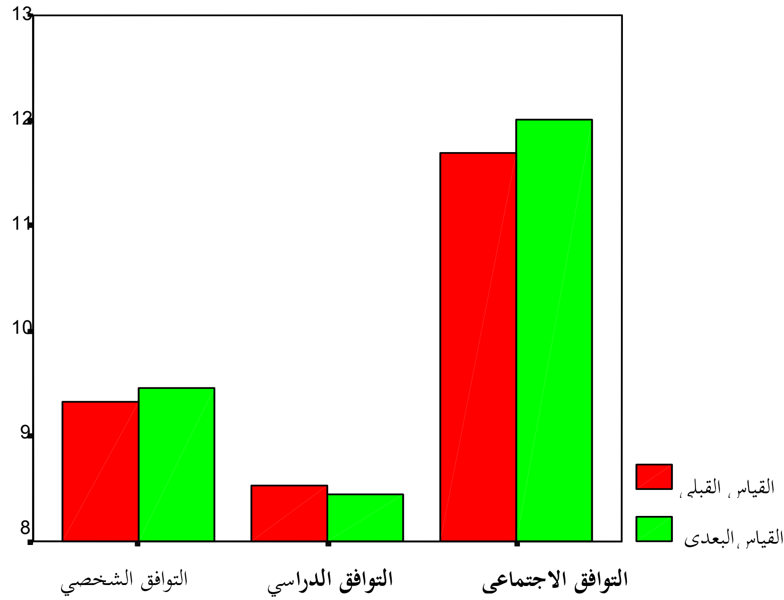
ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام نفس الإجراء السابق، ويوضح الجدول التالي نتيجة هذا الفرض. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .

**جدول ( 58)**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 9.32<br>9.45 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.65<br>5.79 | 0.28 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 8.53<br>8.45 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.17<br>6.10 | 0.74 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 11.69<br>12.00 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.23<br>5.74 | 0.53 | غير دالة |

**شكل (20 )**




**الرسم البيـ المجموعة**

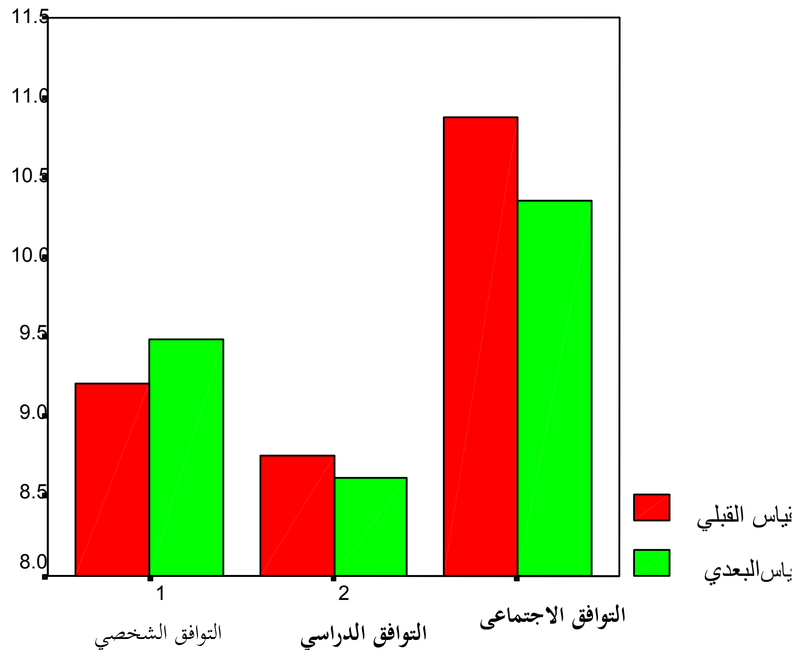
**الضابطة في الصورة الأسرية للتوافق النفسي (الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**جدول (59 )**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 9.21<br>9.48 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 6.05<br>6.16 | 0.36 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 8.75<br>8.61 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.97<br>5.73 | 0.77 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 10.87<br>10.35 | −<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.49<br>5.91 | 1.17 | غير دالة |

**شكل ( 21 )**



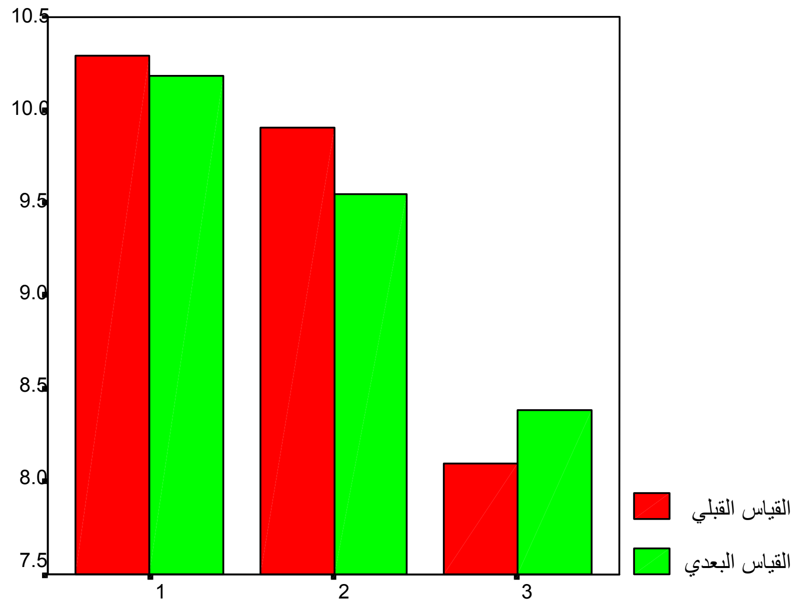

**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة للصورة المدرسية للتوافق النفسي (الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**جدول ( 60 )**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مقياس التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بين القياسيين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | قبلي<br>بعدى | 10.29<br>10.18 | -<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 4.96<br>5.11 | 1.57 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | قبلي<br>بعدى | 9.90<br>9.55 | -<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.85<br>6.04 | 0.5<br>7 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | قبلي<br>بعدى | 8.10<br>8.38 | -<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | 5.94<br>5.46 | 1.65 | غير دالة |

**شكل ( 22 )**




**الرسم البياني في القياس القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة لصورة الطفل المصورة للتوافق النفسي (الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**<u>مناقشة نتائج الفرض السادس:</u>**

ويتضح من الجداول السابقة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات في القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في مقياس التوافق النفسي(الشخصي والدراسي والاجتماعي) في الصورة الأسرية والصورة المدرسية وصورة الطفل المصورة مما يحقق صحة هذا الفرض.

واتفقت بعض الدراسات أثناء تناولها لآثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي حيث أشارت إلى أن هناك علاقة عكسية بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) بحيث إذا ارتفع مستوى هذا الاضطراب قل مستوى التوافق لدى أفراد العينة وذلك مثل دراسة " جينفر جاربارينو وبروس تومسون " ( Garbarino ,Thompson, Jennifer & Bruce (2000 ، ودراسة " كريستوفر كار ول وجو زيف بونتروتو " ( Carroll, Christopher, B.& Ponterotto, Joseph, G. ( 1998، ودراسة " كارول سي دونج "( Dunning , Carole, Sue( 1998 ، ودراسة " سوب هاشني سنج وأخرين " ( Sinng, Subhashini D. et al ( 1998 ، ودراسة "جوليا واكس وآلان ديفيد جيلمان "( wacks, Julie ,M .&Gilman ,David, Alan ( 1996 ، أما دراسة " رينيه بندر و وليم بندر " ( Bender, Renet, L. & William, Bender, N( 1996. ، و دراسة " سولي جريج " ( Gregg, soleil ( 1995 ،و دراسة " باسكال أكارادو " ( Accarad, Pasquale ( 1992، و دراسة " ستيفن جرينسبان وآخرون " ( Greenspan, ( 1991 ، Stephen et al.، و دراسة " بول فريك وبنيامين لاهي " ( Frick, Paul, J.& Lahey , ( 1991 Benjamin B. .

وقد أدى عدم تعرض أفراد المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي باستخدام السيكودراما إلى عدم إحداث أي تغير في سلوكيات التوافق في البيئة التفاعلية التي يتفاعل معها ومن ثم فان مستوى الجمود التفاعلي لم يتغير لديهم . فضلا عن أن عدم قدرة الطفل ذي الإعاقة السمعية على مشاركة الآخرين في وسائل الاتصال ، والتي ترجع إلى عدم القدرة على السمع ، لذا فهو غالبا ينعزل عن الجماعة ، ولا تتاح له فرص الفاعل الاجتماعي والحصول على الخبرات الاجتماعية بصورة مرضية ...الأمر الذي يؤدى بدوره إلى تكوين شخصية منطوية وغير ناضجة انفعاليا واجتماعيا ويزد ذلك من إحساسه بالعجز والدونية والنقص والقصور مما يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي ( محمد عبد المؤمن : 1986، 74) .

ويشير الباحث إلى كون أن عدم خضوع أفراد المجموعة الضابطة للتدخل باستخدام البرنامج العلاجي السيكودرامى لم يغير سلوكيات أفراد تلك المجموعة وذلك من خلال عدم حدوث تغير في القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة من حيث إتيانهم للأنماط السلوكية غير المرغوبة والتي تدل على نقص الانتباه ؛إذ تنخفض المساحة الانتباهية لديهم ، يزداد النشاط الحركي الزائد والاندفاعية كمرجع لعدم التعرض للتنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي للمواقف الانتباهية والنشاط الحركي المتزن ، وتلك

التي تنمى التروي على مستوى التفاعل الحياتي اليومي بأداء الدور المشاهد وقلبه للإتيان بالنموذج الإيجابي للسلوك ومن ثم الاقتداء به .

ولهذا أظهرت نتائج هذا الفرض عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياسيين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في أبعاد التوافق النفسي(الشخصي والدراسي والاجتماعي) في الصورة الأسرية والصورة المدرسية وصورة الطفل المصورة مما يحقق صحة هذا الفرض.

**سابعا : نتائج الفرض السابع :**

وينص الفرض السادس على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .

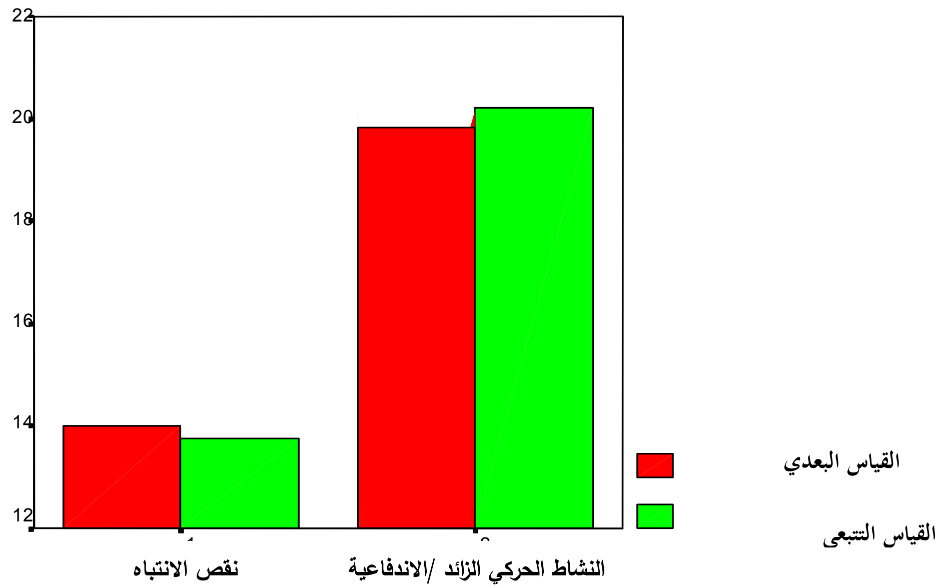
**جدول ( 61 )**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | **بعدى**<br>**تتبعى** | **13.75**<br>**12.75** | –<br>+<br>= | **صفر**<br>**4**<br>**صفر** | **صفر**<br>**3.10** | **1.66** | **غير دالة** |
| النشاط الحركي الزائد | **بعدى** | **22.50**<br>**21.50** | – | **صفر** | **صفر** | | |

| – الاندفاعية | تتبعى | | + <br> = | 4 <br> صفر | 3.10 | 1.35 | غير دالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

شكل ( 23 )




**الرسم البياني للصورة الأسرية في القياس البعدي لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية**

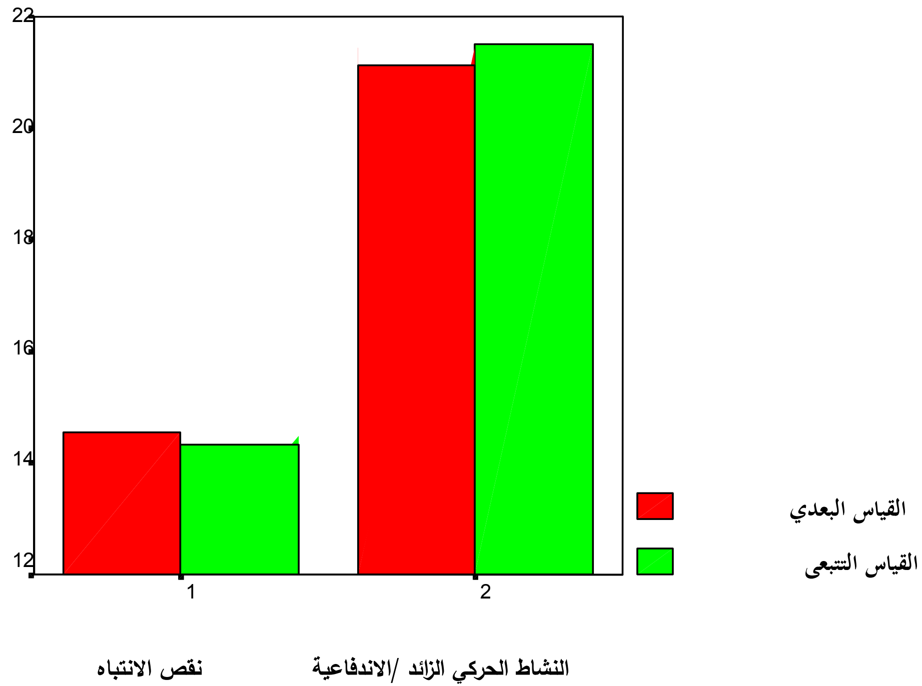
**جدول (62 )**

**دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى**

| البيان | نوع | المتوسط | اتجاه | عدد الأفراد | متوسط | قيمة | مستوى |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| البعد | القياس | | الرتب | ن | الرتب | Z | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | بعدى<br>تتبعى | 14.90<br>14.33 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | صفر<br>3.10 | 1.12 | غير دالة |
| النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | بعدى<br>تتبعى | 21.50<br>21.70 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | صفر<br>3.10 | 1.87 | غير دالة |

**شكل ( 24 )**



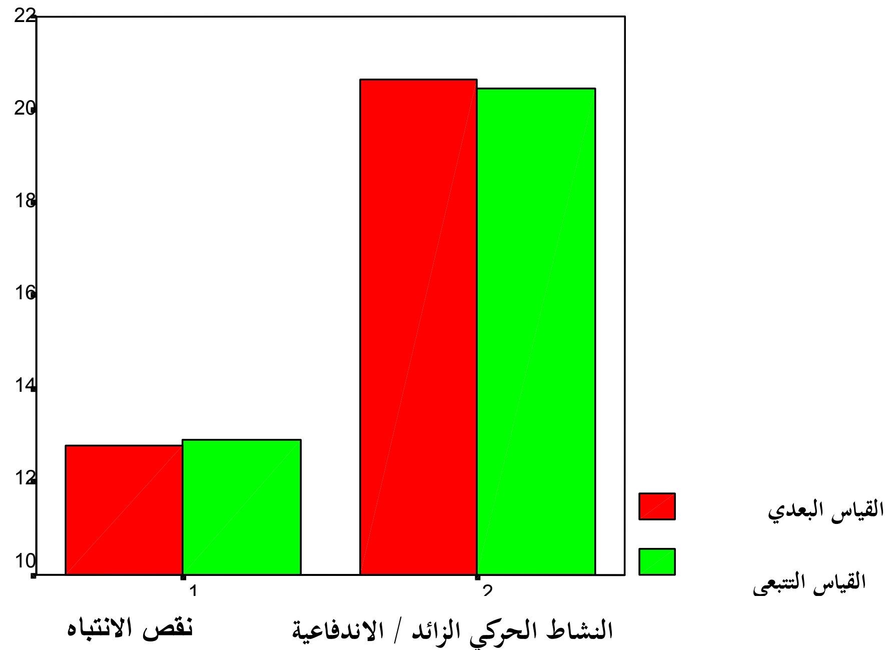

**الرسم البياني في القياس البعدي والتتبعى في المجموعة التجريبية في الصورة المدرسية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**جدول( 63 )**

**دلالة الفروق لصورة الطفل المصورة بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى**

| البعد / البيان | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نقص الانتباه | بعدى<br>تتبعى | 12.80<br>12.90 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | صفر<br>3.10 | 1.49 | غير دالة |
| النشاط الحركي الزائد – الاندفاعية | بعدى<br>تتبعى | 20.44<br>20.65 | –<br>+<br>= | صفر<br>4<br>صفر | صفر<br>3.10 | 1.26 | غير دالة |

**شكل ( 25 )**




**الرسم البياني في القياس البعدي يبين الرسم البياني لصورة الطفل المصورة في القياس البعدي والتتبعى في المجموعة التجريبية في صورة الطفل المصورة لأبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد**

**مناقشة نتائج الفرض السابع :**

يتضح من الجداول السابقة عدم وجود فروق دالة بين القياسيين البعدي والتتبعى حيث أن متوسط اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية في الصورة الأسرية

والمدرسية وصورة الطفل المصورة يكاد يكون ثابتا في القياسيين البعدي والتتبعى ، الأمر الذي يشير إلى ثبات فعالية البرنامج بعد المتابعة ولذا يتحقق هذا الفرض .

ويعزى الباحث تلك النتيجة إلى ثبات فعالية البرنامج في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياس التتبعى إلى أن التدخل العلاجي باستخدام السيكودراما امتد آثره مع أفراد المجموعة التجريبية إذ انه احدث لدى هؤلاء الأطفال استبصارا بسلوكياتهم ومشكلاتهم وصراعاتهم مما أدى إلى آتياتهم للتنفيس الانفعالي والتخلص من تلك المشكلات انطلاقا من مبدأ " هنا والآن " .

ولذا فان هناك اقتداء لديهم بالشخصيات والأدوار التي قاموا بأداء أدوارها من خلال التمثيل النفسي ، كما ساهم البرنامج السيكودرامى في جذب انتباه الأطفال في المجموعة التجريبية واستثارتهم إلى للقيام بأداء الأدوار وحرصهم على تبادلها من خلال تمثيلها إذ اظهروا تشوقا لذلك النشاط التمثيلي والذي يتشابه لديهم مع اللعب إذ يمثل نشاطا فطرى محبب ومرغوب لديهم إذ تكالب أفراد المجموعة التجريبية على لأداء شخصية البطل أو الانوات المساعدة مما يشير إلى اندماجهم في القالب الدرامي غير المكتوب وكذلك رغبتهم في إخراج ما يعتريهم من مشكلات إلى خارج اناهم " السطح الخارجي " وفى إطار حرصهم على أداء الأدوار وتبادلها يتلقون تعزيزا ماديا أو معنويا من الباحث عند الإجادة في أدائهم . ويرجع ثبات فعالية البرنامج في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية في القياس التتبعى إلى تركيز الباحث على لعب الأدوار وقلبها من قبل أفراد المجموعة التجريبية وممارسة وإظهار السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة .

ذلك الأمر الذي أدى لإحداث تركيز وتنمية للانتباه من خلال قلة حدة نقص الانتباه : فالانتباه ازداد في البيئة الأسرية على مائدة الطعام وفى حجرة المذاكرة وفى محور تفاعلاته مع والديه واخوته .....وفى البيئة المدرسية في الفصل الدراسي مع المعلم ومع زملائه في الفصل وفى فناء المدرسة وفى كانتين المدرسة و أثناء نزوله من على سلم المدرسة ......وفى بيئة المجتمع في الشارع عند عبور الريق أمام إشارة المرور وفى السوبر ماركت عند محل البقالة . ويمثل التمثيل الارتجالي التلقائي للمواقف الحياتية المعاشة في محور تفاعلات الطفل ذي الإعاقة السمعية أرضا خصبة وبيئة صالحة لتحقيق تنفيس انفعالي واستبصار ذاتي له إذ يتيح ذلك لهم القدرة على التعبير عما يعترهم من اضطرابات ومشكلات تفاعلية مع الآخرين كالأب أو الأم أو الاخوة أو الجيران أو الأصدقاء أو المعلم أو زملاء المدرسة أو ذلك يجعله اكثر قدر على مواجهة مشكلته باستبصار اكبر ووعيا وتفهما لها.

ويعزى الباحث استمرار انخفاض مستوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية نظرا إلى معايشة هؤلاء الأطفال لمواقف درامية تمثيلية تتشابه مع الطبيعة التواصلية للطفل ذي الإعاقة السمعية من خلال التواصل الكلى " البانتوميم " والذي يتم استخدام تعبيرات الوجه واليدين وأجزاء الجسم كله في الأداء التمثيلي المسرحي الأمر الذي يمكنه من التعبير عما تعتريه من مشكلات واضطرابات وسوء انتباه للمواقف التفاعلية التي يتعرض لها وكذا فان استبصاره ذلك يؤدى به إلى قلة نشاطه الحركي كمرجع لزيادة تركيزه وأيضا نجد أن المواقف الاندفاعية لديه تقل ويزداد التروي لديه .كما حرص الباحث على تقديم التعزيز الإيجابي " مادي أو معنوي أو إعطاء واجبات منزلية كنوع

من التشجيع والتدريب ، ويشير " عبد الستار إبراهيم ( 1993، 132) إلى أهمية الواجبات المنزلية إلى تنقل التغيرات الجديدة التي انتابت هؤلاء الأطفال إلى البيئة الحية المعاشة من خلاله تشجيعه على تنفيذ بعضها في مجال المنزل .

ويؤكد حامد زهران (1997، 294) على امتداد فعالية العلاج بالسيكودراما من خلال صياغة بعضا من فوائدها العلاجية والمتمثلة في أنها تكشف عن بعض النواحي الهامة لمشكلات المرضى والتي تكون لازمة لحل مشكلاته أو اضطراباته كما أنها تكشف عن جوانب من شخصيته ودوافعه وحاجاته وصراعاته ؛ إذ أن تجسيد المريض لتلك الأدوار يؤدى لحدوث عملية التنفيس الانفعالي ويعينه على تحديد مشكلته بالاستبصار بها مع ارتباطه بمواجهة مواقف واقعية قد يخشى المريض مواجهتها . وكذلك يكمن الهدف من إعادة تدريب الأطفال على ذلك خلال هذه المرحلة من البرنامج كما يرى عادل عبد الله (2000–أ: 345) في أن ذلك شأنه أن يسهم في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج، كما يعمل أيضاً على استمرار أثر البرنامج وفعاليته خلال فترة المتابعة، وقد يستمر إلى ما بعد تلك الفترة.

ولذا أظهرت نتائج هذا الفرض عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسيين البعدي والتتبعى في أبعاد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى أطفال المجموعة التجريبية في الصورة الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة ذلك الأمر الذي يشير إلى ثبات فعالية البرنامج بعد المتابعة ولهذا تتحقق صحة الفرض .

**ثامنا : نتائج الفرض الثامن :**

وينص الفرض السادس على أنه: " لا توجد فروق دالة ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين البعدي والتتبعي . وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة .

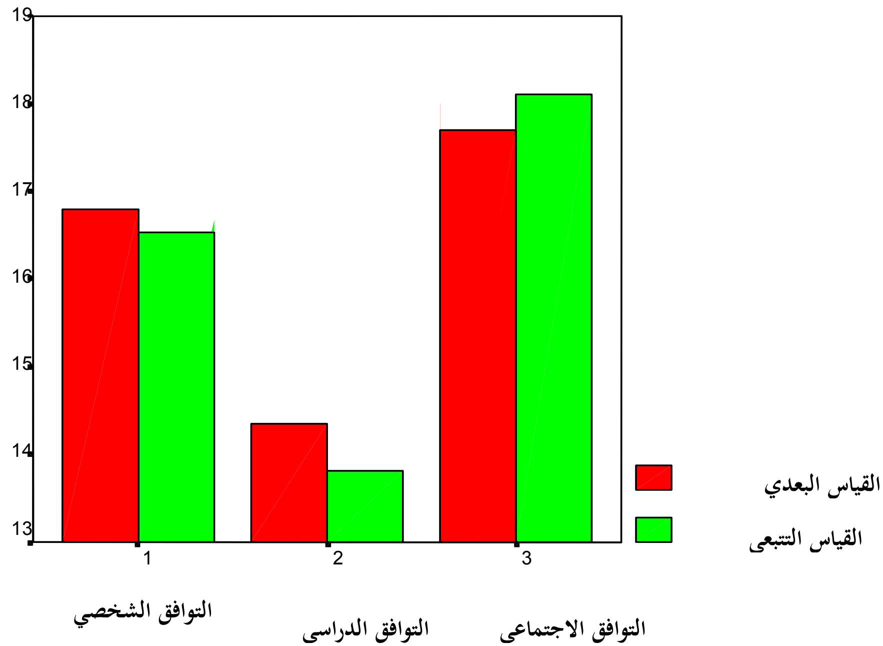
**جدول ( 64 )**

**دلالة الفروق للصورة الأسرية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي) للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى**

| البيان / البعد | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد ن | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | بعدى<br>تتبعي | 16.80<br>16.68 | –<br>+ | 4<br>4 | 5.3<br>4.88 | 1.21 | غير دالة |

| | | | − | = | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الدراسي | بعدى<br>تتبعي | 14.36<br>14.32 | −<br>+<br>= | 4<br>4<br>− | 6.1<br>5.44 | 0.46 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | بعدى<br>تتبعي | 18.00<br>18.10 | −<br>+<br>= | 4<br>4<br>− | 5.69<br>5.87 | 1.34 | غير دالة |

شكل ( 26 )




الرسم البياني في القياس البعدي يبين الرسم البياني للصورة المدرسية في القياس البعدي والتتبعى في المجموعة التجريبية لأبعاد التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي )

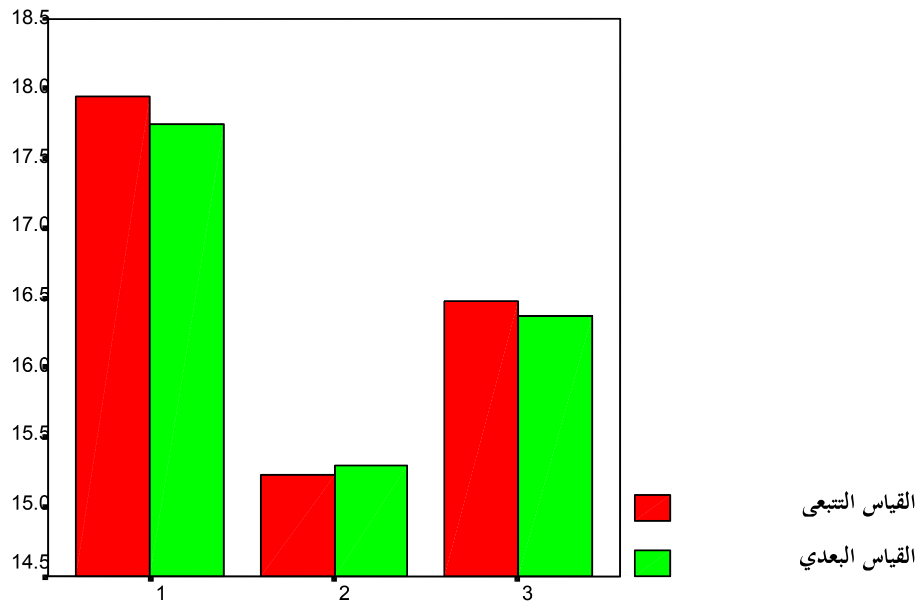
جدول ( 65 )

دلالة الفروق للصورة المدرسية بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي) للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى

| البيان | نوع القياس | المتوسط | اتجاه الرتب | عدد الأفراد | متوسط الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| البعد | | | | ن | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | بعدى<br>تتبعي | 17.94<br>17.75 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 6.45<br>4.34 | 0.67 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | بعدى<br>تتبعي | 15.23<br>15.30 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 5.41<br>5.01 | 1.51 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | بعدى<br>تتبعي | 17.75<br>16.37 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 6.47<br>5.97 | 0.83 | غير دالة |

**شكل ( 27 )**




**الرسم البياني في القياس البعدي يبين الرسم البياني للصورة المدرسيه في القياس البعدي والتتبعى في المجموعة التجريبية لأبعاد التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

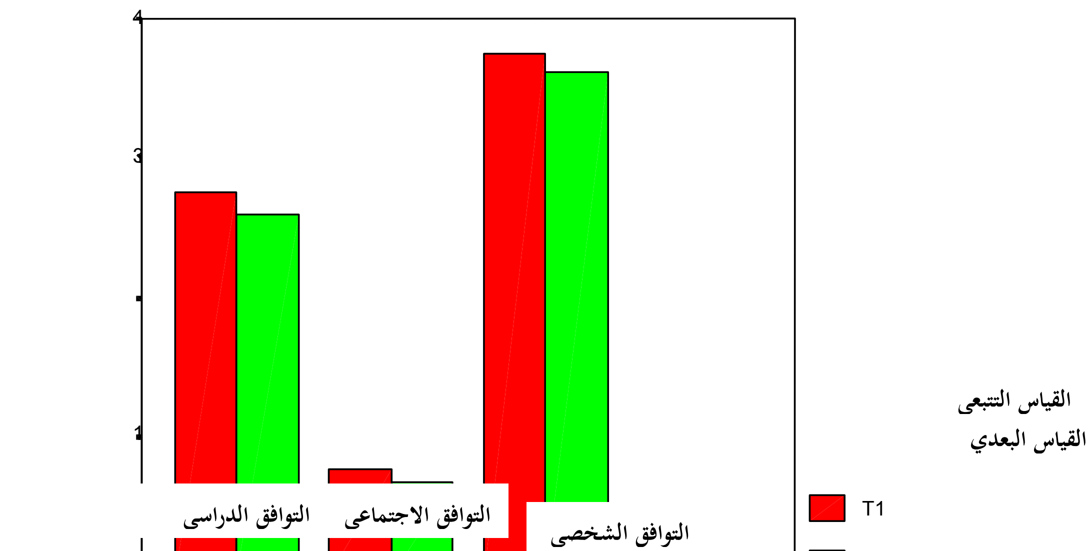
**جدول ( 66 )**

**دلالة الفروق بين متوسطي رتب التكرارات على مفردات التوافق النفسي (الشخصي والدراسي والاجتماعي) لصورة الطفل المصورة للمجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعى**

| البيان | نوع | المتوسط | اتجاه | عدد الأفراد | متوسط | قيمة | مستوى |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| البعد | القياس | | الرتب | ن | الرتب | Z | الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| التوافق الشخصي | بعدى<br>تتبعي | 15.89<br>15.70 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 4.99<br>4.15 | 1.17 | غير دالة |
| التوافق الدراسي | بعدى<br>تتبعي | 16.19<br>16.20 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 6.40<br>5.74 | 0.36 | غير دالة |
| التوافق الاجتماعي | بعدى<br>تتبعي | 14.63<br>14.88 | –<br>+<br>= | 4<br>4<br>– | 5.94<br>5.14 | 0.94 | غير دالة |

**شكل ( 28 )**




**الرسم البياني في القياس البعدي يبين الرسم البياني لصورة الطفل المصورة في القياس البعدي والتتبعى في المجموعة التجريبية لأبعاد التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي )**

**<u>مناقشة نتائج الفرض الثامن وتفسيرها :</u>**

يتضح من نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين البعدي والتتبعي .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامترى عن طريق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للمجموعات المرتبطة . ويتضح من الجداول السابقة عدم وجود فروق

دالة بين القياسيين البعدي والتتبعى حيث أن متوسط التوافق النفسي( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) لدى أطفال المجموعة التجريبية في الصورة الأسرية والمدرسية وصورة الطفل المصورة يكاد يكون ثابتا في القياسيين البعدي والتتبعى ، الأمر الذي يشير إلى ثبات فعالية البرنامج بعد المتابعة ولذا يتحقق هذا الفرض .

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات كل من " روزماري جولدنسون " ( 2000 ) , Goldenson Rosemary ، و " محمد فتحي عبد الواحد " ( 1994 ) و" عطية عطية محمد" ( 1990 ) والتي أشارت لاستمرارية ارتفاع مستوى التوافق النفسي لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من أفراد المجموعة التجريبية نتيجة للتدخل بالبرنامج العلاجي أو الإرشادي .

ويرجع الباحث استمرار ثبات مستوى التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) لدى أطفال المجموعة التجريبية إلى تقديم البرنامج للبيئة الفعلية المعاشة والتي تظهر محاور التفاعلات الحياتية لهؤلاء الأطفال . بالإضافة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد خضعوا أثناء البرنامج العلاجي لعلاقات تفاعلية مع الذات ومع الآخرين وذلك أولا على المستوى اللاشعوري ثم على المستوى الشعوري ولذا ظهر التوافق مع الذات ومع الآخرين في المنزل أو المدرسة أو الشارع أو محل البقالة (السوبر ماركت ) ومن ثم فقد لوحظ قلة مساحة الإحباطات والصراعات والانحرافات النفسية ....تلك التي تعتري هؤلاء الأطفال ، وبالتالي فان الأخطاء السلوكية التي كانت تنتابهم قد قلت حدتها. وقد لوحظ أيضا وجود تماسك للشخصية لدى هؤلاء الأطفال من خلال الاتزان التفاعلي مع ذواتهم ومع الآخرين أي المجتمع من حولهم ، ويظهر ذلك الأمر من خلال وجود مرونة في اكتساب التغيرات السلوكية المرغوبة في إطار المجتمع . فضلا عن الأطفال في هذه المرحلة العمرية ( الطفولة المتأخرة ) يميلون لاكتساب السلوكيات الاجتماعية والذي قام البرنامج بتوضيح مسار تلك السلوكيات لهم من خلال التفاعل الإيجابي لهم في المواقف الحياتية التي يتعرضون لها ، الأمر الذي خفض من حدة الصعوبات التفاعلية(التواصلية ) لهم مع الآخرين وبالتالي تم دمجهم في الجماعات الأسرية أو المدرسية أو البيئية في المجتمع . كما أن مرحلة إعادة العلاج في نهاية البرنامج السيكودرامى تقوم بوظيفة تكمن في المحافظة على استمرارية فعالية البرنامج أثناء فترة المتابعة، ولذا نجد أن ثبات التغيرات السلوكية في المحيط الأسرى والمدرسي والذاتي لأفراد المجموعة التجريبية قد يستمر إلى ما بعد تلك الفترة.

ويلفت الباحث الانتباه إلى إمكانية التدخل العلاجي لهذه الفئة وذلك من خلال برنامج إرشادي على المستويين الأسرى والمدرسي .

**تعليق عام على نتائج الدراسة :**

لقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية البرنامج السيكودرامى في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مع وجود تأثير إيجابي على التوافق النفسي لدى عينة البرنامج من الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .

ويجمل الباحث فعالية البرنامج السيكودرامى في التالي :

**السيكودراما كعلاج نفسي جماعي :**

تعتبر السيكودراما Psychodrama إحدى فنيات العلاج النفسي للذين يعانون من اضطرابات نفسية ، وهى كلمة مركبة من Psycho واصلها Psyche أي تساوى الروح و Drama وتساوى الفعل ، وهى تشير حرفيا إلى الدراما النفسية ، وقد أطلق عليها سيكودراما نظرا لكونها شكل من أشكال المعالجة النفسية وذلك من خلال التقنيات المسرحية بواسطة مورينو Moreno – رائد هذا المجال – والذي انطلق في طرحه للسيكودراما من :

1- أبحاث عالم النفس النمساوي " سيجموند فرويد " Freud في التحليل النفسي .

2- ومن مفاهيم الفيلسوف الفرنسي " هنرى برجسون" Beregson .

3- ومن تجربة المسرح العفوي التي قام بها " مورينو " في فيينا في العشرينات بعد أن عمل لفترة مع فرويد .

واختلاف مورينو مع فرويد تتضح معالمه في كون أن الأخير يعتمد في المعالجة النفسية على الكلام فقط في حين يعزى مورينو ذلك للفعل ولذلك اعتمد على المسرح كأسلوب للعلاج ، وقد استخدم الباحث في دراسته الحالية السيكودراما ثلاثية الأبعاد وهى مزيج بين السيكودراما لمورينو والعلاج النفسي وديناميكية المجموعة واتضح ذلك من خلال رفض بعض أفراد المجموعة اخذ أدوار معينة تم توزيعها عليهم من قبل الباحث كأدوار : المعلم ، الأب ... أما السيكودراما التحليلية فهي تجمع بين أسلوب مورينو ونظرية فرويد في التحليل النفسي وتلك لم يستخدمها الباحث في برنامجه السيكودرامى.

وقد اعتمد الباحث في برنامجه السيكودرامى على ما يسمى : لعبة الأدوار " ؛ إذ تم ذلك من خلال قيام بعض المرضى بارتجال مشاهد معينة من بنان أفكاره ، وأثناء خلق الدور ومن خلال العلاقة مع الآخرين تتم حالة التحويل والتحويل العكسي ومن ثم يحدث التطهير وتلك التقنية وظيفتها الأساسية هي إزالة طابع الأزمة عن المشكلة التي تعتري المريض ، كذلك استند البرنامج السيكودرامى إلى مفاهيم مسرحية أخرى كالمحاكاة والتمثل والدور والتكرار والذي يقصد به إعادة الفرد لتمثيل الواقعة والذي من خلاله يتمكن من التغلب على الأزمة التي تنتابه ومن ثم يصبح سيد الموقف.

بالإضافة لذلك فهناك العمود الفقري للسيكودراما وأساسها وهى التلقائية Spontaneity ويشار لها بإعادة مواجهة المواقف القديمة وفهمها فهما جيدا واكثر موائمة وذلك في مواجهة المواقف الجديدة التي تنشا من إعادة تمثيل المواقف الدرامية بمساعدة الانوات المساعدة انطلاقا من مبدأ :"هنا والآن " .

ومن ثم ظهرت تلك الفاعلية من خلال رؤية أفراد العينة للأدوار التي تنتابهم ماثله أمام أعينهم من سلوكيات ( لزمات ) ترتبط بنقص الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية وذلك في المحيط الأسرى والمدرسي والمجتمعي الشارع والسوبر ماركت ( محل البقالة ) والحدائق ......

كذلك وجد ارتفاع في مستوى التوافق النفسي ( الشخصي والدراسي والاجتماعي ) لدى أفراد المجموعة التجريبية . و يتفق مع ذلك حامد زهران ( 1997، 290-291) من خلال وصفه للسيكودراما بأنها تعد

من أهم واشهر أساليب العلاج النفسي الجماعي القائمة على نشاط المرضى ، إذ تعد بمثابة تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر ، وتنفيس انفعالي تلقائي ، واستبصار ذاتي في موقف جماعي بالإضافة لتحقيق التلقائية ، وإدراك كل من نمط الاستجابات الشاذة والواقع لدى المريض .

**التعزيز :**

وقد عمد الباحث لاستخدام التعزيز عند إجادة الطفل في قلب دوره أي عكسه وذلك من خلال الآتيان بالدور المرغوب فيه وأدائه بصوره جيدة وذلك من خلال صورة الغذائية كالحلوى...، والاجتماعية كإشارات الاستحسان ...، وقد اعتمد الباحث على أن يتوافر في التعزيز عدة شروط لكي يكون فعالا ومؤثرا وتتمثل في التالي :

- أن يكون التعزيز من الأشياء المحببة والمرغوبة لدى الطفل .
- أن يكون التعزيز شاملا بحيث يحتوى على المادي والمعنوي .
- أن يكون التعزيز متدرجا في قيمته من الأقل إلى الأكثر أهمية للطفل .
- أن يشتمل التعزيز على الإيجابي وعلى السلبي من خلال الاقتصاد الرمزي .
- أن يكون التعزيز فوريا أي بعد انتهاء آتيان الطفل للسلوك المرغوب فيه وتارة أخرى مؤجلا ثم بعد ذلك مع تثبيت الآتيان المتكرر للسلوك .

**مبدأ التدرج في الزمن في الجلسات السيكودرامية :**

وقد استخدم الباحث مبدأ التدرجية في إطار تصاعدي لزمن الجلسات السيكودرامية بمعنى أن تكون الجلسة الأولى اقل في عدد الدقائق التي تستغرقها ثم يزيد هذا الزمن مع تتابع الجلسات التالية مع الأخذ في الاعتبار ضرورة تثبيت الزمن لمدة معينة في بعض الجلسات وذلك في محاولة لتنمية وتركيز الانتباه لفترات زمنية طويلة .

**إعادة تركيز الانتباه عند حدوث تشتت له في أثناء الجلسات السيكودرامية :**

ويشير الباحث إلى حدوث تشتت للانتباه من قبل أحد أفراد المجموعة التجريبية وهنا يتدخل الباحث في محاولة لحصر هذا التشتت كمرجع لوجود مثير أو مثيرات خارجية أحدثت ذلك التشتت ومن ثم إعادة تركيز الانتباه مرة أخرى على الموقف التمثيلي مرة أخرى بان يوقف المنظر التمثيلي ويطلب ممن حدث لديه ذلك التشتت بان ينتبه للأداء السيكودرامى .

**وضع ضوابط للبرنامج السيكودرامى :**

وتم ذلك بتحديد أهمية التزام أفراد المجموعة التجريبية بمواعيد وأماكن جلسات البرنامج السيكودرامى والتنبيه على أهمية الأداء الجاد لجلسات البرنامج حتى يتحقق المردود منه .

**استخدام النتائج الطبيعية للسلوك :**

وهو أسلوب عقلاني ، له حساسية خاصة ، يشير إليه شاكر قنديل ( 2000، 511) من خلال النقاط التالية :

1- أن يفهم الطفل نوع السلوك الذي نتوقعه منه ، ومتى وبأي صوره نتوقعه منه .

2- عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه يتم تطبيق النتائج الطبيعية المناسبة لذلك .

3- محاولة تعريف الطفل نتائج سلوكه .

ويظهر الأمر الأول بعد مشاركة الطفل ذي الإعاقة السمعية شفى لعبة تبادل الأدوار ، ويتجلى الأمر الثاني من خلال مشاهدة الطفل للسلوكيات التي يسلكها بحيث تصبح تصرفاته ماثلة أمامه ، والأمر الثالث يتضح جليا في التغذية الراجعة التي يقوم بها الباحث مع أفراد العينة .

**مردود البرنامج السيكودرامى :**

وقد ظهر ذلك جليا من خلال إحداث تركيز وتنمية للانتباه ووجود اتزان في النشاط الحركي وظهور التروي كبديل للاندفاعية ، وأيضا لوحظ ارتفاع في مستوى التوافق النفسي ( الشخصي من خلال رضاءه عن نفسه والدراسي من خلال تفاعله الإيجابي مع عناصر البيئة المدرسية والاجتماعي وذلك بواسطة الانفتاح والتفاعل الإيجابي مع الآخرين ) وذلك في البيئة التفاعلية للطفل ذي الإعاقة السمعية (الأسرية- المدرسية – المجتمعية ).

## ملخص الدراسة

**مقدمة :**

تعد حاسة السمع النافذة الأساسية التي تنتقل من خلالها اللغة المسموعة كما أنها بمثابة الحاسة الرئيسية التي يعتمد عليها الفرد في تفاعلاته مع الآخرين في مختلف مناحي الحياة اليومية المختلفة ؛ والحرمان من حاسة السمع من شأنه أن يحرم ذلك الفرد من الاستجابة للمثيرات الكلامية للآخرين نظرا لكونها بمثابة الاستقبال المفتوح لكل المثيرات والخبرات الخارجية، ومن خلالها قد يستطيع الفرد التعايش مع الآخرين .. كما أورد تقرير المعهد القومي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية (1998)أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد A. D. H. D. (1) يمثل في جوهره مشكلة نمائية عامة تؤثر بالسلب على الطفل والأسرة والمدرسة والمجتمع ككل ، وتحدد الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM Iv الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) ثلاثة أنماط لاضطراب الانتباه : النمط الأول: نقص الانتباه ، والنمط الثاني : النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ، والنمط الثالث : : نقص الانتباه و النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية ، ويطلق على النمط الثالث " النمط المختلط " وهو النمط الذي سوف يتناوله الباحث في الدراسة الحالية ، وقد يكون منشأ ذلك الاضطراب نفسي أو قد يرجع إلى أسباب كيميائية ، وتصل نسبة انتشار هذا الاضطراب من( 3-5 % ) من الأطفال عامة ... وقد يتقبل أفراد الأسرة هذه الأعراض إلى أن يصل الطفل إلى سن المدرسة وحينئذ تصبح ظاهرة مرضية تستحق العلاج ، فالطفل لا يستطيع الاستقرار في مكان محدد ولا يستطيع التركيز في دروسه مما يؤدى إلى صعوبة التذكر والميل إلى الإشباع الفوري مع عدم التحكم أو الصبر لتحقيق رغباته ، وثم فان هناك قصورا في التوافق النفسي لدي ذوي الإعاقة السمعية نتيجة لعجزهم عن إقامة علاقات تفاعلية مع ذواتهم ومع الآخرين في محيط تفاعلاتهم الحياتية اليومية وكمرجع للعجز السمعي لديهم هذا إلى جانب ضعف القدرة علي الانتباه وتشتته و إهدار طاقاتهم الذهنية والجسمية في النشاط الحركي الزائد والاندفاعية .

والتوافق النفسي يشير إلى جانبي سواء الشخصية واضطراباتها وتكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية ، ولاضطراب الانتباه آثاراً سلبية على سلوك الأطفال وتشكل مشكلة لهم ولمعلميهم ولوالديهم – اللذان قد يلجأن إلى أساليب تربوية خاطئة للحد من هذه السلوكيات مما يعرض أطفالهم للمزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يمتد آثارها للوالدين – الأمر الذي يؤدى لتفاقم هذا الاضطراب إلى مشكلات مستقبلية اعمق مع من يتعاملون معهم مثل " الأقارب ، والأصدقاء ، وزملاء الدراسة ....

وقد ابتكر"مورينو" السيكودراما بهدف إثراء مجال العلاقات الإنسانية بتجسيد مشكلات الحياة الواقعية وذلك من خلال التعبير الحر ، كما أنها كأسلوب علاجي يعد نوعا من أنواع تعديل السلوك بصفة عامة وشكل من أشكال العلاج النفسي ، وأيضا يحظي بجانبية خاصة لدي الأطفال إذ تلتقي في كثير من الأوجه مع اللعب ذلك النشاط الفطري التلقائي ، ولقد أشار " مورينو" إلى انه عند السماح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم يحدث نوعا من الاستبصار بالسلوكيات الخاطئة ،وكذلك تعتمد السيكودراما على نظرية التعلم الاجتماعي من حيث ملاحظة الطفل للسلوكيات المرغوبة.

وقد أشارت بعض الدراسات فعالية السيكودراما فى خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عادي السمع مثل دراسة : " توم هارتمان " ( 2003 ) Hartman, Thom، ودراسة " بتر جنسن وآخرون " ( 2001 ) Jensen, peter S. et al، ودراسة عادل غنايم(2001).

في حين أكدت بعض الدراسات فعالية بعض البرامج العلاجية والإرشادية في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي ذوي الإعاقة السمعية مثل دراسة " كولين ويلارد- هولت " (2002) Willard- Holt, Colleen ، ودراسة " جمال عطية فايد " (2001) ، ودراسة " ستيفانيش جريج" (1998).Stefanich , Greg ,P ، ودراسة " برا تر جريج وآخرون" (1997) , Prater Grege et al، ...

كما أظهرت بعض الدراسات فعالية السيكودراما في خفض حدة بعض الاضطرابات أو تنمية بعض المهارات لدي ذوي الإعاقة السمعية مثل دراسة عبد الفتاح رجب (2002) ، ودراسة محمود العشري (1999)، ودراسة دعاء قنديل صادق (1999) ، ...

وتناولت بعض الدراسات أثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى عادي السمع مثل دراسة " جينفر جاربارينو وبروس تومسون " ( 2000 ) ,Thompson, Garbarino Jennifer & Bruce ، ودراسة " كريستوفر كارول وجو زيف بونتروتو " ( 1998 ) Carroll, Christopher, B.& Ponterotto, Joseph, G. , ودراسة " كارول سي دوننج " ( 1998 )Dunning , Carole, Sue ، ...

إلا أن بعض الدراسات أشارت إلى آثر اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد علي التوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة السمعية مثل دراسة "فيكتوريا هاجيدورن "(1992).Hagedorn, Victoria ,S، ودراسة " عبد العزيز الشخص " (1992) ، ودراسة " بيتى روزنبلوم " (1981) Rosenbloom , Betty .

## مشكلة الدراسة:

وتتناول الدراسة الحالية فعالية استخدام السيكودراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ،

وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن التساؤلات التالية :

1- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي ؟

2- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي ؟

3-هل توجد فروق بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

4- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

5-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

6-هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي ؟

7- هل توجد فروق بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي ؟

8-هل توجد فروق بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية(الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي ؟

## أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى:

**أولاً : أهداف نظرية :**

1 -إعداد برنامج سيكودرامى علاجي لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .

2-إعداد مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

3-إعداد مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

**ثانيا : أهداف علاجية:**

1-اختبار آثر برنامج سيكودرامى علاجي لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية والتعرف على تأثير ذلك على التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لديهم .

2- التأكد من استمرارية آثر البرنامج .

**ثالثاً : أهداف إرشادية :**

من خلال نتائج الدراسة أمكن الخروج ببعض التوصيات الإرشادية للأطفال ذوى الإعاقة السمعية لتنمية الانتباه وخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتنمية التروي ، وكذا الخروج ببعض التوصيات الإرشادية من قبيل برنامج إرشاد أسرى مقترح في المجال الأسرى والمدرسي لتنمية الانتباه وخفض حدة

النشاط الحركي الزائد وتنمية التروي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، فقد حاول الباحث بلورة هذه التوصيات في برنامج إرشادي مقترح لتحقيق هذا الهدف .

**أهمية الدراسة :**

ترجع أهمية الدراسة إلى :

أولا: زيادة إعداد ذوي الإعاقة السمعية

ثانيا: زيادة انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى ذوى الإعاقة السمعية

ثالثا: أهمية الموضوع التي تتناوله الدراسة :

رابعا: قلة الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع الدراسة

**فروض الدراسة :**

1-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

2- توجد فروق إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

3-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

5-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

6-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

7- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

8-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

**عينة الدراسة :**

تكونت عينة الدراسة المبدئية من (13) تلميذا من ذوى الإعاقة السمعية ، ثم تم اختيار العينة النهائية والتي بلغ قوامها( 8) تلاميذ ؛إذ تم تقسيمهم إلى مجموعتين : الأولى : تجريبية تحتوى على ( 4) تلاميذ ، والثانية : ضابطة وتشمل ( 4) تلاميذ حيث تم المجانسة بين أفراد العينة من حيث العمر الزمني ، درجة الإعاقة ( من ذوى الصمم الكلى ) ، مستوى الذكاء ، نوع الإقامة ، نمط اضطراب الانتباه المصحوب النشاط الحركي الزائد .

**أدوات الدراسة:**

**أولا : أدوات لقياس ضبط العينة :**

ا –استمارة بيانات عامة لذوي الإعاقة السمعية إعداد :الباحث

2- مقياس المستوي الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة المصرية إعداد :محمد بيومي خليل (2000)

.

3- اختيار رسم الرجل لقياس ذكاء الأطفال إعداد : جود انف – هاريس Good Enough - Harris ( 1926 ) الترجمة للبيئة العربية مصطفى فهمي ( 974 1) وتقنين: فاطمة حلمى ( 1983)

**ثانيا : أدوات قياس سيكومترية :**

1 – مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) إعداد :الباحث.

2- مقياس التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي" لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية (الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) إعداد :الباحث.

3 – جدول التدعيم لذوى الإعاقة السمعية إعداد : الباحث .

4- استمارة الملاحظة الأسبوعية لسلوك الحالة لذوى الإعاقة السمعية من قبل المعلمين والوالدين (أولياء الأمور ) والباحث إعداد :الباحث .

5 – استمارة المدى الانتباهى لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

6- استمارة اللزمات الحركية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

7- استمارة الأخطاء الاندفاعية المصاحبة لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

8- استمارة التقييم الأسرية – المدرسية – للطفل ) لذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث.

**ثالثا: البرنامج العلاجي**

البرنامج السيكودرامى لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية إعداد :الباحث

**الأساليب الإحصائية :**

للتحقق من صحة الفروض استخدم الباحث الإحصاء اللا بارامترى من خلال حزمة البرامج الإحصائية المعروفة اختصارا باسم " S P S S " وهى تتمثل في التالي :

1- اختبار مان ويتنى .

2- اختبار ويلكوكسون .

3- قيمة Z .

بالإضافة لمعاملات الارتباط لصدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية .

**نتائج الدراسة :**

ولقد انتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

1-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

2- توجد فروق إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

3-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

4- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسيين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل .

5-توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

6-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة الضابطة علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين القبلي والبعدي .

7- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

8-لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات رتب أفراد المجموعة التجريبية علي مقياس التوافق النفسي لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ( الصورة الأسرية – الصورة المدرسية – صورة الطفل المصورة ) في القياسين البعدي والتتبعي .

**توصيات الدراسة**

هذا ولقد انتهت الدراسة إلى توصيات قام الباحث بصياغتها في صورة برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .

**البرنامج المقترح**

للاستفادة مما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية – فقد قام الباحث بتصميم الخطوط العريضة لبرنامج إرشادي مقترح من خلال المجال الأسرى والمجال المدرسي لخفض حدة وتنمية الانتباه ، وخفض حدة النشاط الحركي الزائد وكذلك تنمية التروي بخفض حدة الاندفاعية لدى هؤلاء التلاميذ ، ويتضح ذلك فيما يلي :

**توصيات برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة اضطراب الانتباه لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

**البرنامج المقترح**

يلقى الباحث الضوء إلى أهداف البرنامج والأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها والإطار المرجعي للبرنامج وخطوات بنائه وتقويمه ويتضح ذلك فيما يلي :

**مقدمة البرنامج:**

يعد استخدام الإرشاد الأسرى نوعا من أنواع تعديل السلوك المضطرب وقد يتفهم المفحوص من خلال ذلك التعديل سلوكياته الخاطئة ومن ثم يعمل على تعديلها0

**أهمية البرنامج:**

يعاني بعض الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ويظهر ذلك من خلال أدائهم لسلوكيات غير مقبولة في البيئة المدرسية والأسرية ولذا تبرز أهمية تعديل وتنمية تلك السلوكيات من خلال الاستبصار بالسلوكيات الخاطئة التي يمارسونها ، ولذا قد يحدث التالي :

قد يساعد الإرشاد الأسرى في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي ذوى الإعاقة السمعية.

قد تساعد السيكودراما (الجلسات السيكودرامية ) في تنمية التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

**أهداف البرنامج :-**

تتحدد أهداف البرنامج في هدف عام وينبثق منه عدة أهداف خاصة وبيان ذلك فيما يلي :

**الهدف الإرشادي التنموي :**

1- خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

2- تنمية التوافق النفسي " الشخصي والدراسي والاجتماعي " لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية.

**الهدف الخاص:** ويتضمن التالي :

1- تنمية السلوكيات المقبولة لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية0

2- تنمية مفاهيم الصواب والخطأ لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية0

## عينة البرنامج:

يشتمل عينة الدراسة علي عدد (20)تلميذ وتلميذة من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بالزقازيق بمحافظة الشرقية ويتم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية (10)تلاميذ والثانية ضابطة (10) تلاميذ إذ تتراوح أعمار عينة الدراسة ما بين (9-12)عاما .

**مدة البرنامج:**

تصل مدة البرنامج إلى شهر ونصف بواقع (18)جلسة ثلاث مرات في الأسبوع.

## مكان البرنامج :

تتم الجلسات الإرشادية في الأماكن التالية :

**في المدرسة( الفصل الدراسي ) .**

**في المنزل ( حجرات المنزل ) .**

## الأسس النفسية والتربوية التي يقوم عليها البرنامج :

يرتكز البرنامج الإرشاد الأسرى على التعرف على خصائص الأطفال ذوى السمعية حيث يقوم على أساس مشاركة التلاميذ ذوى الإعاقة السمعية في الأداء الارتجالي لبعض الأدوار بهدف خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وذلك من خلال التمثيل الصامت .

ويستخدم البرنامج مبدأ التعزيز والتشجيع للتلاميذ ذوى الإعاقة السمعية عندما يؤدون أدوارهم كما يجب .

## فنيات البرنامج :

يستخدم الباحث فنيات الإرشاد السلوكي والمعرفي التي تتضح من خلال التالي :

**أولا : الفنيات السلوكية :**

- النمذجة — المحاضرات
- الاسترخاء والتخيل

**ثانيا : الفنيات المعرفية :**

- الإيضاح والشرح — المحاضرات
- التواصل الكلى ( لغة الإشارة – قراءة الشفاه ----) — الواجبات المنزلية

## أساليب تقييم البرنامج :

1- الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج .

2-الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج .

3-الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية بعد البرنامج مباشرة وبعد انتهاء البرنامج بثلاثة اشهر .

## توصيات الدراسة

جدول (67)

**أولا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لتنمية الانتباه لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

**أولا : في المجال الأسرى :**

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (×) |
| 1 | تمهل أثناء إحضارك للأكواب أو الأطباق التي يكلفك الوالدين بإحضارها | تكسر الأكواب أو الأطباق التي يكلفك أحد الوالدين بإحضارها |
| 2 | انظر إلى أحد الوالدين عندما يخاطبك إشاريا | تنظر إلى الباب أو إلى الكراسي أو إلى الباب عندما يخاطبك أحد الوالدين |
| 3 | احرص على مراجعة وجود أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكراسات أو الكتب في حقيبتك عند انتهاء اليوم الدراسي | تفقد أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكراسات أو الكتب في المدرسة |
| 4 | احرص على التركيز في اللعبة التي تلعبها مع اخوتك أو جيرانك | تنتقل من لعبة إلى أخرى دون أن تنهى أيا منها مع اخوتك أو جيرانك |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | ركز في الموضوع الذي تتحدث فيه مع أحد الوالدين إشاريا | لا تركز في كلامك مع أحد الوالدين إشاريا بسبب انتقالك لموضوعات غير مترابطة |
| 6 | احرص على إحضار ما يطلبه منك أحد الوالدين كشراء شئ من البائع أو السوق | تأخذ وقتا طويلا عندما يطلب منك أحد الوالدين إحضار شئ من البائع أو السوق |
| 7 | احرص على فهم ما يقوله لك أحد الوالدين من تعليمات | لا تفهم ما يقوله لك أحد الوالدين من تعليمات |
| 8 | احرص على أن تركز في موضوع واحد أثناء كلامك مع أحد الوالدين | تنتقل أثناء كلامك مع أحد الوالدين من موضوع لآخر سريعا |
| 9 | احرص على اتباع تعليمات الوالدين في التركيز فيما يشرحه | لا تتبع تعليمات المعلم في التركيز أثناء شرحه للدرس |
| 10 | احرص على إحضار ما يطلبه منك أحد الوالدين كالأطباق أو الأكواب من المطبخ دون الانشغال بأي شئ آخر | تنشغل عن إحضار ما يطلبه منك أحد الوالدين كالأطباق أو الأكواب من المطبخ وتدخل أحد حجرات المنزل لعمل شئ آخر كالبحث عن قلم و كراسة |
| 11 | احرص على أن تتم على أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكتب أو الكراسات التي يجب أن تأخذها معك للمدرسة | لا تتمم على أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكتب أو الكراسات التي يجب أن تأخذها معك للمدرسة |

**جدول ( 68 )**

**ثانيا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لخفض حده النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (× ) |
| 1 | انظر إلى أحد والديك أثناء كلامه معك إشاريا | تتلفت يمينا ويسارا بدون سبب أثناء كلام أحد الوالدين معك إشاريا |
| 2 | انتقل بهدوء بين حجرات المنزل | تقفز عند انتقالك بين حجرات المنزل |
| 3 | اجلس باعتدال أثناء تناولك للطعام في المنزل ولا تحرك رجليك أو يديك بدون داع | تجلس فوق ترابيزة الطعام وتحرك رجليك في الهواء |
| 4 | احرص على أن تخاطب واحد فقط من أخوتك عند التحدث إشاريا | تخاطب اخوتك إشاريا في وقت واحد |
| 5 | احرص على البقاء على مكتب المذاكرة حتى تنهى واجباتك المدرسية | لا تستقر في مكان بالمنزل |
| 6 | احرص على عدم الانتقال داخل أو خارج المنزل بدون سبب | تتحرك داخل أو خارج المنزل بدون سبب |

| 7 | لا تحرك كراسي المنزل عن أماكنها | تحرك كراسي المنزل عن أماكنها |
|---|---|---|

جدول ( 69 )

ثالثا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لتنمية التروي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (×) |
| 1 | تمهل عند الإجابة على استفسارات الوالدين | تجيب على استفسارات الوالدين بإجابات خاطئة قبل استكمالها |
| 2 | انتظر دورك عند اللعب مع اخوتك أو جيرانك | تتعجل ولا تنتظر دورك عند اللعب مع اخوتك أو جيرانك |
| 3 | لا تتسرع في الدفاع عن أحد اخوتك أمام أحد والديك | تتسرع في الدفاع عن أحد اخوتك أمام أحد والديك حتى وان كان أخوك هذا مخطأ |
| 4 | لا تقاطع اخوتك أثناء حديثهم مع والديك | تقاطع اخوتك أثناء حديثهم مع أخوك |
| 5 | احرص على عدم التدخل في العاب اخوتك دون رغبتهم | تتدخل في العاب اخوتك دون رغبة منهم |
| 6 | احرص على البحث بعناية في حجرتك وتمهل عندما تضيع منك أحد أدواتك كالأقلام أو الكراسات أو الكتب | تتهم اخوتك بأخذ أدواتك كالأقلام أو الكراسات أو الكتب |

**جدول (70 )**

**أولا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لتنمية الانتباه لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

**ثانيا : في المجال المدرسي :**

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (×) |
| 1 | تمهل أثناء عملك للواجبات المدرسية | تخطئ في الواجبات المدرسية التي يكلفك بها المعلم |
| 2 | انظر للمعلم أثناء شرحه للدرس | تسرح أثناء شرح المعلم للدرس |
| 3 | ضع أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكراسات أو الكتب بترتيب على تختتك | تفقد أدواتك كالأقلام أو الكراسات أو الكتب |
| 4 | احرص على التركيز في اللعبة التي تلعبها مع زملائك | تنتقل من لعبة إلى أخرى دون أن تنهى أيا منها |
| 5 | افتح فقط صفحة الكتاب التي يشرحها المعلم | تقلب صفحات الكتاب الذي يشرح فيه المعلم دون التركيز فيما يشرحه |
| 6 | ركز على كتابة شرح المعلم من على السبورة | تأخذ وقتا طويلا عندما يطلب منك المعلم كتابة الشرح من |

| | | |
|---|---|---|
| | | على السبورة |
| 6 | احرص على فهم ما يقوله المعلم من تعليمات | تحملق في المعلم دون التركيز فيما يقوله من تعليمات |
| 7 | احرص على أن تركز في موضوع واحد أثناء كلامك مع المعلم | تنتقل أثناء كلامك مع المعلم من موضوع لآخر سريعا |
| 8 | احـرص علـى اتبـاع تعليمـات المعلـم فـي التركيز فيما يشرحه | لا يتبع تعليمات المعلم في التركيز أثناء شرحه للدرس |
| 9 | احرص على إحضار ما يطلبه منك المعلم كالطباشير دون الوقوف في أي مكان آخر بالمدرسة | يظـل فتـرة طويلـة عنـدما يطلـب منـه المعلـم إحضـار الطباشير من خارج الفصل |
| 10 | احرص على أن تتمم على أدواتك المدرسية كالأقلام أو الكتب أو الكراسات | تنسى إحضار أدواته المدرسية كالكتب أو الكراسات |

**جدول (71 )**

**ثانيا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لخفض حده النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (× ) |
| 1 | احرص على الجلوس بثبات أثناء شرح المعلم للدرس | تتلفت يمينا ويسارا بدون سبب أثناء شرح المعلم للدرس |
| 2 | انتقل بهدوء من تختتك إلى أخرى في الفصل | تقفز عند انتقالك من تختتك إلى تخته أخرى |
| 3 | اجلس باعتدال ولا تحرك رجليك أو يديك بدون داع | تجلس فوق التختة وتحرك رجليك في الهواء |
| 4 | احرص على أن تخاطب زميل واحد فقط عند التحدث إشاريا | تخاطب اكثر من زميل لك إشاريا في وقت واحد |
| 5 | احرص على البقاء في تختتك | لا تستقر في مكان بالمدرسة |
| 6 | لا تنتقل إلى أي مكان داخل أو خارج الفصل بدون سبب | تتحرك داخل الفصل أو خارج بدون سبب |

| 7 | لا تحرك تخت الفصل عن أماكنها | تحرك تخت الفصل عن أماكنها |
|---|---|---|
| 8 | احرص على ترتيب كتبك وأقلامك وكراساتك في حقيبتك وعلى تختتك في الفصل | تبعثر كتبك وأقلامك وكراساتك من على التختة |

**جدول ( 72 )**

**ثالثا : توصيات برنامج إرشادي مقترح لتنمية التروي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية**

| م | انتبه | لا تنتبه |
|---|---|---|
| | صح ( √ ) | خطأ (× ) |
| 1 | تمهل في الإجابة على أسئلة المعلم | تجيب على أسئلة المعلم بإجابات خاطئة قبل استكمالها |
| 2 | انتظر دورك عند اللعب مع زملائك | تتعجل ولا تنتظر دورك عند اللعب مع زملائك بالمدرسة |
| 3 | لا تتسرع في الدفاع عن أحد زملائك أمام المعلم | تتسرع في الدفاع عن أحد زملائك أمام المعلم حتى وان كان زميله هذا مخطأ |
| 4 | لا تقاطع زملائك أثناء حديثهم مع المعلم | تقاطع زملائك أثناء حديثهم مع المعلم |
| 5 | احرص على عدم التدخل في العاب زملائك دون رغبتهم | تتدخل في العاب زملائك دون رغبة منهم |
| 6 | احرص على البحث بعناية وتمهل عندما تضيع منك أحد أدواتك كالأقلام أو الكراسات أو الكتب | تتهم زملائك بأخذ أدواتك كالأقلام أو الكراسات أو الكتب ثم سرعان ما تجدها في حقيبتك مثلا |

**البحوث المقترحة :**

من خلال الدراسة الحالية يمكن إلقاء الضوء علي عدة بحوث مقترحة والتي تتمثل في التالي :

- فعالية برنامج للإرشاد الأسرى لخفض حدة الاندفاعية لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .
- فعالية برنامج للإرشاد الأسرى لخفض حدة النشاط الحركي الزائد لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .
- فعالية برنامج للإرشاد الأسرى لتنمية الانتباه لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية
- فعالية برنامج للإرشاد الأسرى لتنمية التوافق النفسي لدي الأطفال ذوى الإعاقة السمعية
- دراسة للبناء النفسي لدي ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .
- دراسة للعلاقة بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد والتوافق النفسي لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية .

## مراجع الدراسة

أولا : المراجع العربية :

1- ***ابتسام حامد سطيحه (1997)*** : استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة " النمذجة " في تعديل بعض خصائص مضطربي الانتباه ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

2- ***إبراهيم احمد محمد عطية (1995)*** : المعاملة الوالدية للأبناء وعلاقتها بمستوى الطموح " دراسة مقارنة بين تلاميذ المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

4- ***إبراهيم أمين القريوتى(1999)*** : اللائحة الأساسية لبرامج تأهيل المعوقين بالسعودية لسنة 1990 ، حقوق الطفل الأصم في التربية المبكرة وواقعها في الوطن العربي ، المؤتمر الثامن للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم ، الشارقة ، 28-30 نوفمبر، ص.ص.79-102 .

5- ***إبراهيم عباس الزهيرى (1998)*** : فلسفة تربية ذوى الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

6- ***إجلال سرى (1990)*** : علم النفس العلاجي ، القاهرة : عالم الكتب.

7- ***أحمد السعيد يونس ومصري عبد الحميد حنوره (1991)*** : رعاية الطفل المعوق صحيا ، نفسيا ، اجتماعيا، القاهرة: دار الفكر العربي .

8- ***أحمد اللقانى ، أمير القرشي (1999)*** : مناهج الصم " التخطيط والبناء " ، القاهرة : عالم الكتب .

9- ***أحمد عبد الرحمن (1986)*** :بعض أساليب المعاملة الو الدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بموضع الضبط لدى الأبناء، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

10- ***أحمد عبد الرحمن إبراهيم ،السيد محمد أبو هاشم حسن ( 2002)*** : النموذج البنائى لبعض الخصائص الشخصية والاجتماعية والمعرفية المرتبطة بادراك المعلمين لاضطرابات الانتباه لدى تلاميذهم بالمرحلة الابتدائية ، بحث منشور بمجلة كلية التربية بالزقازيق ، جامعة الزقازيق ، العدد 40، يناير ، ص.ص. 89-155.

11- ***أحمد عبد العزيز عقبة (1999)*** : تجارب الدمج المدرسي والاحتواء للصم في الوطن العربي ، المؤتمر الثامن للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم " تأهيل الصم والقرن الحادي والعشرين " ، الشارقة ، 28-30 نوفمبر، ص. ص. 187-216.

12- ***أحمد عثمان طنطاوى ،عفاف محمد عجلان ( 1995)*** : بعض العوامل المزاجية والمعرفية المرتبطة باضطراب قصور الانتباه لدى الأطفال والمراهقين ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد ( 11) ، ص.ص.65-133.

13- ***أحمد عزت راجح (1988)*** :أصول علم النفس ، القاهرة : المكتب المصري الحديث للطباعة .

14- ***أسماء غريب إبراهيم (1994):*** استخدم السيكودراما لخفض الاضطرابات الانفعالية لدي الأطفال، رسالة دكتوراه ،كلية البنات ،جامعة عين شمس0

15- ***أشرف عبد الحميد (1995)*** : دراسة بعض متغيرات البيئة المدرسية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى ذوى الإعاقة البصرية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

16- ***الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين بوزارة الشئون الاجتماعية(1994)*** : تأهيل معوقي السمع ، بحوث ودراسات مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، القاهرة ، الإصدار بمناسبة اليوبيل الفضي للاتحاد ، مارس ، ص.ص.185-204.

17- ***آلان كازدين (2000)*** : الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين ترجمة عادل عبد الله محمد ، القاهرة : دار الرشاد .

18- ***السيد إبراهيم السمادونى (1990)*** : قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل ، كراسة التعليمات ، القاهرة : دار النهضة العربية .

19- ***السيد عبد اللطيف (1994)*** : دراسة الاستقلالية لدى الأطفال ضعاف السمع والعاديين " دراسة مقارنة " ، رسالة ماجستير ، معهد دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس.

20- ***السيد على سيد احمد (1999)*** : مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الأطفال ،القاهرة : مكتبة النهضة المصرية

21- ***السيد على سيد أحمد ، فائقة محمد بدر (1999)*** : اضطراب الانتباه لدى الأطفال "أسبابه وتشخيصه وعلاجه" ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

22- ***السيد على سيد أحمد ، فائقة محمد بدر (2001):*** الإدراك الحسي البصري والسمعي ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

23- ***اللائحة التنفيذية لقانون الطفل (1997)*** : والخاصة برعاية الطفل المعوق وتأهيله ، " الباب الخامس " ، مادة (157) .

24- ***أماني السيد إبراهيم حسن زويد (1996)*** : إستراتيجية الانتباه الانتقائي لدى مرتفعي ومنخفضي التحصيل الدراسي، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

25- ***أماني السيد إبراهيم حسن زويد (2002)*** : اثر التعزيز على أداء بعض المهام القرائية والحسابية لذوى اضطرابات الانتباه من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

26- ***أميرة طه بخش (1997)***: فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، العدد21، ص. ص. 97-.133

27- ***أنور محمد الشرقاوى (1984)*** : التعلم وتطبيقاته ، القاهرة : الانجلو المصرية .

28- أنور محمد الشرقاوى (1998) : التعلم نظرياته وتطبيقاته ، ط5، القاهرة : الانجلو المصرية .

29- ***أيمن أحمد المحمدي منصور (1998)*** : مدى فاعلية كل من السيكودراما والمسرح المدرسي في تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال الصم بمرحلة التعليم الأساسي . رسالة ماجستير ، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة .

30- ***أيمن أحمد المحمدي منصور (2001)*** : فاعلية الدراما للتدريب علي بعض المهارات الاجتماعية وآثارها في تنمية الثقة بالنفس لدي الأطفال المكفوفين لمرحلة ما قبل الدراسة ، رسالة دكتوراه ،كلية التربية ،جامعة الزقازيق0

31- ***ايوجين مندل ، ماكاى فيرنون (1976)*** : انهم ينمون في صمت ، ترجمة عادل عز الدين الاشول ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

32- ***إيهاب عبد العزيز الببلاوي ( 1995 )*** : العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدواني لدي ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الزقازيق .

33- ***إيهاب عبد العزيز الببلاوي ،اشرف عبد الحميد ( 2002 )*** : الإرشاد النفسي المدرسي " إستراتيجية عمل الأخصائي النفسي المدرسي " ، القاهرة : دار الكتاب الحديث.

***34- جابر عبد الحميد (1973)*** : سيكولوجية التعلم ، القاهرة : دار النهضة العربية .

35- ***جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافى (1988)*** : معجم علم النفس والطب النفسي ، القاهرة : دار النهضة العربية .

36- ***جمال الخطيب ( 1996 )*** : تعليم الأطفال ذوى الحاجات الخاصة فى المدارس العادية فى الدول العربية ، عمان : اليونسكو.

37- ***جمال الخطيب ( 1998 )*** : مقدمة فى الإعاقة السمعية ، عمان ، الأردن : دار الفكر العربي .

38- ***جمال الخطيب وآخرون ( 1992 )*** : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة " قراءات حديثة ، عمان ، الأردن : دار حنين للنشر والتوزيع .

39- ***جمال عطيه فايد (2001)*** : فاعلية استخدام رسوم الأطفال في تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم ، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، ص.ص. 187-223 .

40- ***جميل توفيق إبراهيم ( 1990 )*** : مؤشرات لتأهيل الأطفال شديدي الإعاقة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، المؤتمر الخامس " نحو طفولة غير معوقة " ، ص ص285 – 310 .

41- ***جيهان يوسف (1997)***: قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 50) ، السنة الرابعة عشر ، يونيه، ص. ص. 75-.80

42- ***جيهان يوسف (1998)***: قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 53) ، السنة الخامسة عشر ، مارس ، ص. ص. 76-80 .

43- ***جيهان يوسف (1999)***: قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 57) ، السنة السادسة عشر ، مارس ، ص. ص. 75-.80

44- ***جيهان يوسف (2000أ)***: قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 61) ، السنة السابعة عشر ، مارس ، ص. ص. 75-80 .

45- ***جيهان يوسف ( 2000ب)*** : قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 63) ، السنة السابعة عشر ، سبتمبر ، ص. ص. 78-.80

46- ***جيهان يوسف ( 2002أ )*** : قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 69) ، السنة الرابعة عشر ، مارس ، ص. ص. 76-.80

47- ***جيهان يوسف ( 2002ب)*** : قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 71) ، السنة الرابعة عشر ، سبتمبر ، ص. ص. 77-79 .

48- ***جيهان يوسف ( 2002جـ)*** : قالت الصحف ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 72) ، السنة الثامنة عشر ، ديسمبر ، ص. ص. 77-80 .

***49- حامد عبد السلام زهران (1985)*** : القيم السائدة والقيم المرغوبة ، المؤتمر الأول لعلم النفس ، جامعة عين شمس .

50- ***حامد عبد السلام زهران (1987)***:التوجيه والإرشاد النفسي ، الطبعة الثانية ، القاهرة : عالم الكتب

51- ***حامد عبد السلام زهران ( 1997)*** : الصحة النفسية والعلاج النفسي ،ط3 ، القاهرة :عالم الكتب.

52- **_حسن سليمان ( 1998)_**:الوقاية من ضعف السمع ، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، ص. ص. 203-207 .

53- **_حسن سليمان ( 2001)_**:الوقاية من ضعف السمع ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 66) ، السنة الثالثة عشر ، يونيه ، ص. ص. 58-.62

54- **_حسن مصطفى عبد المعطى ( 2001)_** : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " الأسباب- التشخيص العلاج" ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

55- **_حسين عبد العزيز الدرينى (1986 )_** : مقياس التوافق الدراسي لطلبة الجامعة ، القاهرة : دار الفكر العربي.

56- **_حسين عبد القادر محمد ( 1974)_** : الفصام بحث في العلاقة بالموضوع كما يظهر في السيكودراما ،رسالة ماجستير ، كلية الآداب جامعة عين شمس .

57- **_حسين عبد القادر محمد ( 1986)_** : العلاج النفسي الجماعي و السيكودراما لمرضى فصام البارانويا ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب جامعة عين شمس .

58- **_حسين عبد القادر ، حسين سعد الدين ( 1994)_** : انحراف الأحداث والسيكودراما ، المنصورة : دار عامر للطباعة والنشر.

59- **_حمدي شاكر (1991)_** : النشاط الحركي الزائد وعلاقته ببعض متغيرات توافق الشخصية لدى بعض تلاميذ الصفين الثاني والثالث من التعليم الأساسي : مجلة كلية التربية بأسيوط ، العدد السابع ، ص.ص.236-256 .

60- **_حمدي على الفرماوى (1987)_** : اختبار تزاوج الأشكال المألوفة لقياس أسلوب الاندفاع / التروي عند أطفال المرحلة الابتدائية ، كراسة التعليمات ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

61- **_حمدي محمد شحاته عرقوب ( 1996 )_** : برنامج إرشادي للأطفال الصم و أسرهم ومعلميهم وأثره على التوافق النفسي لهؤلاء الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة عين شمس .

62- **_خالد أبو الفتوح شحاته (1999)_** : استخدام السيكودراما في تخفيض العدوانية لدى الأطفال اللقطاء مجهولي النسب لسن ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .

63- **_دعاء قنديل صادق (1999)_** :اثر ممارسة النشاط الدرامي على تنمية التفكير الابتكارى لدى الأطفال ضعاف السمع ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا والطفولة ، جامعة عين شمس .

64- ***راشد السهل ( 1999)***: استخدام الإرشاد السلوكي الجمعي مع الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من مشكلات سلوكية في مرحلة الروضة ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، المجلد التاسع ، العدد (22) ، ص.ص. 59-85 .

65- ***رانـدا إمام (1999)*** : تطوير المهارات الاجتماعية للمعاقين سمعيا ، المؤتمر الثامن للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم " تأهيل الصم والقرن الحادي والعشرين " ، الشارقة ، الإمارات ، 28-30 نوفمبر ، ص.ص. 235-261 .

66-***رجب احمد على (1993)*** : دراسة امبيريقية إكلينيكية لبعض سمات الشخصية لدى ضعاف السمع في صعيد مصر ، رسالة دكتوراه: المكتبة المركزية لجامعة عين شمس.

67- ***رسمي عبد الملك رستم ( 1993 )*** : البعد التربوي في الخطة القومية لرعاية وتأهيل المعوقين ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،المؤتمر السادس ، 29-31 مارس ، القاهرة ، ص. ص.88-133 .

68- ***رشـاد عبـد العزيـز موسـى ( 1978)*** : دراسة الاتجاهات الـو الديـة وعلاقتها بمفهـوم الـذات لـدى المراهقين الصم ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الأزهر.

69- ***رشاد عبد العزيز موسى ( 1989)*** : الفروق في الاستجابات العدوانية بين المراهقين الصم وعادي السمع " دراسة دينامية باستخدام اختبار اليد " ، المؤتمر السنوي الثاني للطفل المصري " تنشئته ورعايته " ، القاهرة ، ص.ص. 279-.295

70- ***رشاد عبد العزيز موسى ( 1992)***: الفروق في بعض القدرات المعرفية بين عينة من الأطفال الصم وأخرى من عادي السمع، مجلة مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر،العدد الأول، ص. ص . 235 -9 .25

71- ***رضا عبد الستار كشك (2002)***: فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة النشاط الزائد لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق.

72- ***رمزية الغريب ( 1971 )*** : التقويم والقياس النفسي ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

73- ***رمضان محمد القذافى ( 1998)*** : سيكولوجية الإعاقة ، ليبيا : الدار العربية للكتاب .

74 - ***زكريا الشربينى ( 1994)*** : المشكلات النفسية عند الأطفال ، القاهرة : دار الفكر العربي .

75- ***زينب عبد الرحمن حسن احمد ( 1998)*** : انطباعات مدرسة لمحو أمية الصم ،، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر " نحو طفولة غير معوقة " ،المجلد الثاني، القاهرة ، ص.ص. 319-326 .

76- ***زينب محمود شقير (1999)*** : فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي متعدد المحاور( مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مفرطى النشاط ، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية " المجلة العلمية" ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، المجلد 34، أكتوبر.

77- ***سامي محمود عبد الرازق ، لورنس بسطا ذكرى(1994)*** : التطلعات التعليمية والمهنية وتقدير الذات لدى المعوقين ، المؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر " نحو مستقبل افضل للمعوقين " ، القاهرة ، 29-31 مارس ، ص.ص. 195-220 .

78- ***سعد المغربي (1993)*** : الإنسان وقضاياه النفسية والاجتماعية، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

79- ***سعيد حسيني العزة ( 2001)*** :الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة ، عمان : الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

80- ***سعيد عبد الله دبيس ، السيد إبراهيم السمادوني (1998)***: فعالية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة علم النفس، العدد 46، ص ص. 88-111.

81- ***سهير كامل أحمد (1998)*** : سيكولوجية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .

82- ***سهير كامل أحمد (1999)*** : الصحة النفسية والتوافق النفسي، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .

83- ***سهير كامل أحمد( 2001)*** : التوجيه والإرشاد النفسي ، الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب .

84- ***سيد احمد البهاص (1993)*** :مدى فاعلية كل من السيكودراما والقراءة المتزامنة في علاج التلعثم لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

85- ***سيد عبد الحميد مرسى ( 1976)*** : الإرشاد والتوجيه التربوي والمهني ، القاهرة : دار الخانجى.

86- ***سيد عبد الحميد مرسى ( 1987)*** : الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني ، القاهرة : مكتبة وهبه .

87- ***شاكر عطية قنديل ( 1995)*** : سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده ، بحوث المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، كلية التربية ، جامعة عين شمس،ص.ص. 1-15.

88- ***شاكر عطية قنديل ( 1998)*** : الإعاقة كظاهرة اجتماعية ، بحوث المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، المجلد الثاني ، ص.ص. 52-54.

89- ***شاكر عطية قنديل ( 2000)*** : أساليب رعاية وتنمية الطفل الأصم تربوياً ونفسياً ، بحوث المؤتمر الدولي السابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ،" بناء الإنسان لمجتمع

أفضـل " توجهـات مسـتقبلية مـع بدايـة قـرن جديـد وألفيـة جديـدة ،5-7 نـوفمبر ، ص.ص.497-518 .

90- ***صفاء غازي احمد حموده (1992)*** : فاعلية أسلوب العلاج الجماعي " السيكودراما" والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة عين شمس .

91- ***صلاح مخيمر ( 1982)*** : مفهوم جديد للتوافق ،ط2، القاهرة : الانجلو المصرية.

92- ***صموئيل مغاريوس ( د. ت)*** : مشكلات الصحة النفسية في الدول النامية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

93- ***ضياء محمد منير (1983)*** : علاقة السلوك العدواني ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة المنصورة .

94- ***عادل صادق ( 2000)*** : الآثار النفسية للإعاقة على الشخص والأسرة ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 63) ، السنة السابعة عشر ، سبتمبر ، ص. ص. 38-39 .

95- ***عادل صلاح محمد أحمد غنايم (2001)*** : فاعلية برنامج إرشادي في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى التلاميذ ذوى الصعوبات التعلم وغير ذوى صعوبات التعلم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ببنها جامعة الزقازيق .

96- ***عادل عبد الله محمد (2000أ )***: العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة : دار الرشاد.

97- ***عادل عبد الله محمد (2000-ب)***: فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين في الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، العدد الرابع عشر، السنة التاسعة، ص. ص . 47 -79 .

98- ***عادل عبد الله محمد ( 2002أ )*** :إرشاد الأمهات لمتابعة أطفالهن المتخلفين عقليا على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته في الحد من نشاطهم الحركي المفرط ، بحث منشور بالمؤتمر القومي الثامن لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر " معا ...على طريق المج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي " ، القاهرة من 21-24اكتوبر : ص.ص. 1-29 .

**99-*عادل عبد الله محمد ( 2002ب)*** :فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا ، مجلة التربية وعلم النفس بكلية التربية جامعة عين شمس ، العدد السادس والعشرون ، ص.ص. 307-336 .

100- ***عادل عبد الله محمد (2002جـ)***: جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً، القاهرة: دار الرشاد.

101- ***عادل عبد الله محمد (2002د)***: الأطفال التوحديون، دراسات تشخيصية وبرامجية، القاهرة : دار الرشاد.

102- ***عادل عبد الله محمد (2002-هـ)***: فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدواني. المؤتمر السنوي الثامن عشر للجمعية المصرية للدراسات النفسية. كلية التربية جامعة المنصورة 4-6فبراير.

103- ***عادل عبد الله محمد (2004)***: الإعاقات الحسية ، القاهرة: دار الرشاد.

104- ***عادل عبد الله محمد ،السيد محمد فرحات (2001)***: إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته في تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية، المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، ص .ص. 71-115.

105- ***عادل عز الدين الأشول ( 1987)***: موسوعة التربية الخاصة ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

106- ***عاطف محمد السيد الأقرع ( 1999 )*** : دراسة التوافق النفسي للصم المؤهلين وغير المؤهلين مهنياً ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا والبحوث ، جامعة عين شمس.

107-***عبد الباسط متولي خضر (1990)*** : دراسة فعالية أسلوبي اللعب الجماعي الموجه والسيكودراما في علاج مخاوف الأطفال من المدرسة ، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق ، العدد الثاني عشر ، السنة الخامسة ، مايو ، ص .ص. 291-330.

108- ***عبد الحميد يوسف كمال ( 2002)***: الأعداد المهني لحالات السمع والتخاطب ،النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد السبعون ، السنة الثامنة عشر ، يونيه ، ص. ص. 13-21.

109- ***عبد الرحمن العيسوى( 1985)*** : سيكولوجية التنشئة الاجتماعية ، الإسكندرية : دار الفكر الجامعي .

110- ***عبد الرحمن سيد سليمان (1994)***: السيكودراما مفهومها -عناصرها استخدامها ، مجلة كلية التربية ،جامعة قطر ،العدد 11 ،ص 0ص : 396-453 0

111- ***عبد الرحمن سيد سليمان (1999):*** سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة " المفهوم، الفئات" ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

112- ***عبد الستار إبراهيم ( 1993)*** : العلاج السلوكي للطفل " أساليب ونماذج من حالاته " ، العدد 1980، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت : مجلة علم المعرفة.

113- ***عبد السلام عبد الغفار ، يوسف الشيخ ( 1985)*** : سيكولوجية الطفل غير العادي واستراتيجيات التربية الخاصة ، القاهرة : دار النهضة العربية .

114- ***عبد الصبور منصور محمد (2003)*** : مقدمة في التربية الخاصة " سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم " ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

115- ***عبد العزيز الشخص ( 1985 )*** : دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال الصم وبعض المتغيرات المرتبطة " مجلة كلية التربية، العدد التاسع جامعة عين شمس ، القاهرة.

116- ***عبد العزيز الشخص ( 1990 )*** : اثر المعلومات في تغيير الاتجاهات نحو المعوقين ، الرياض : مجلة جامعة الملك سعود " العلوم التربوية " ، ص.ص.77-99 .

117- ***عبد العزيز السرطاوي ، كمال سالم سيسالم ( 1990 )*** : تشجيع أولياء أمور المعوقين علي المشاركة في برامج التربية الخاصة ، الرياض ، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية ، ، ص. ص 197 – 215 .

118- ***عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطى ( 1992 )*** : قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة : الانجلو المصرية .

119- ***عبد العظيم مرسي ( 1984 )*** : دراسة مقارنة لبعض مشكلات التربية السمعية في مصر وأمريكا ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة عين شمس .

120- ***عبد الفتاح رجب على (2002)*** : فاعلية السيكودراما فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الصم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ببنى سويف ، جامعة القاهرة .

121- ***عبد الفتاح صابر عبد المجيد (1997)*** : التربية الخاصة لمن ؟ لماذا ؟ كيف ؟ ، القاهرة : الصفوة للطباعة والتوزيع .

122- ***عبد المجيد عبد الرحيم ( 1997)*** : تنمية الأطفال المعاقين ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

123- ***عبد المجيد عبد الرحيم ، لطفي بركات ( 1979 )*** : تربية الطفل المعوق ، ط2 ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

124- ***عبد المحسن حماده ( 2001)*** : الإدراك الحسي " محاضرات في مقدمة في العلوم السلوكية " ،مطبوعات كلية التربية جامعة الأزهر، ص.ص. 41-71 .

125- ***عبد المطلب القريطي ( 2001 )*** : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ،ط3، القاهرة : دار الفكر العربي .

126- ***عثمان لبيب فراج( 1970)*** : أضواء على الشخصية والصحة العقلية ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

127- ***عثمان لبيب فراج ( 1998)*** : من إعاقات التعلم النشاط الحركي الزائد وقصور القدرة على التركيز والانتباه،النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد (53) ، السنة الثامنة عشر ، مارس، ص. ص. 2-22.

128- ***عثمان لبيب فراج ( 1999أ )*** : التكنولوجيا المتطورة لخدمة برامج التربية الخاصة وتأهيل المعوقين ، مؤتمر طب الأطفال بجامعة القاهرة المشترك مع اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، النشر الدورية ، العدد 58 ، السنة السادسة عشر ، القاهرة ، يونيه ، ص .ص. 2-20 .

129- ***عثمان لبيب فراج ( 1999ب )***: من إعاقات التعلم والاتصال" النطق والكلام " الأفيزيا Aphasia ، ندوة تأهيل الأطفال الصم وضعاف السمع ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية ، العدد 59 ، السنة السابعة عشر ، القاهرة ، سبتمبر ، ص .ص. 3-15 .

130- ***عثمان لبيب فراج ( 2002 )*** : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (2) ، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد 69 ، السنة الرابعة عشرة ، مارس ، ص.ص. 2-14 .

131- ***عطية عطية سيد احمد (1991)*** : الاتجاهات نحو الإعاقة السمعية والتوافق النفسي لدى الطفل الأصم ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الزقازيق .

132- ***عطيه عطيه سيد احمد (1995)*** : مظاهر السلوك العدواني لدى عينة من المتأخرين دراسياً واثر الإرشاد النفسي في تعديله ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة الزقازيق .

133- ***عطية هنا (د.ت )*** : اختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية ،القاهرة : النهضة العربية .

134- ***عطية هنا (1965)*** : كراسة تعليمات اختبار الشخصية ، القاهرة : النهضة العربية .

135- ***علا عبد الباقي قشطه ( 2001)*** : علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك " سلسلة التربية والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة " ، القاهرة : دار القاهرة للطباعة والنشر .

136- ***عفاف اللبابيدى ، عبد الكريم الخلايلة ( 1993)*** : سيكولوجية اللعب ، ط2، عمان ، الأردن : دار الفكر للنشر والتوزيع .

137- ***علاء فرغلى ( 2002 )*** : هل طفلك مضطرب نفسيا ؟ ، مجلة الطب النفسي " النفس المطمئنة " ، السنة السابعة عشر ، العدد 72 ، أكتوبر ، ص. ص. 22-23.

138- ***علـى عبد النبـي أحمد (1996)*** : دراسة مقارنة للتقبل الاجتماعي لدى الصم وضعاف السمع وعادي السمع ، رسالة ماجستير ، كلية بنها جامعة الزقازيق .

139- ***علي عبد النبي أحمد (2000)*** : مدي فاعلية العلاج الأسرى في تحسين مفهوم الذات لدي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ببنها جامعة الزقازيق0

140- ***علي على مفتاح ( 1988 )*** : دراسة الخصائص النفسية للأطفال ضعاف السمع ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ببنها جامعة الزقازيق .

141- ***علـى محمـد الـديب (1991)*** : نمو مفهوم الذات لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين وعلاقته بالتحصيل الدراسي ، مجلة علم النفس ، العدد20، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

142- ***عمرو رفعت عمر (1997)*** : فاعلية برنامج إرشادي في تحسين بعض جوانب الصحة النفسية لدى الطلاب الصم في المرحلة الإعدادية ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية جامعة عين شمس .

143- ***عمرو رفعت عمر(1998)*** : فاعلية برنامج إرشادي في تعديل بعض الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم من ذوى الحاجات الخاصة " فاقدي السمع ، المتخلفين عقليا ، والذين يعانون من التبول اللاإرادي ، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر، المجلد الثاني ، القاهرة ، ص.ص. 108-140 .

144- ***غسـان عبـد الحـي أبـو الفخـر (1999)*** : الصعوبات المرافقة للإعاقة السمعية ، المؤتمر الثامن للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم ، الشارقة ، الإمارات العربية المتحدة ، 28 – 30 نوفمبر .

145- ***فاخر عاقل (1977)*** : معجم علم النفس ، ط2، بيروت : دار العلم للملايين .

146- ***فاروق سيد عبد السلام (1982)*** : المعوقون وتصنيفهم وخصائصهم الشخصية : مجلة كلية التربية ، جامعة أم القرى ، العدد العاشر ، ص.ص. 9-55 .

147- ***فاروق محمد صادق ( 1997 )*** : الحاجة إلى حقيبة إرشادية لأسر الطفل المعوق سمعياً" توصية للدول العربية " ندوة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين عن حجم مشكلة الإعاقة في مصر ، النشرة الدورية ديسمبر ، العدد 52 ، السنة الرابعة عشر ، القاهرة ، ص ص13-26 .

148- ***فاطمة حلمي حسن فرير ( 1983 )*** : دار الحضانة والاستعداد العقلي للطفل دون السادسة ، رسالة ماجستير ، كلية البنات جامعة عين شمس .

149- ***فاطمـة حلمـي حسن فرير ( 1991 )*** : نسبة الذكاء والتذكر والسمات الابتكارية وعلاقتها بالتروي/ الاندفاع لدى أطفال دور الحضانة ، المؤتمر السنوي لرابع للطفل المصري " الطفل المصري وتحديات القرن الحادي والعشرين " ، المجلد الثاني ، 27-30 أبريل ، ص. ص.939-969.

150- ***فاطمة مشهور (1994)*** : العوامل التي تؤثر على استجابة المعوق النفسية ، الشارقة ، الإمارات : مجلة المنال ، ص.ص. 31-45 .

151- ***فتحـي السيد عبد الرحيم ( 1982 )*** : الدافعية للإنجاز وعلاقتها ببعض الممارسات الأسرية في التطبيع الاجتماعي للأطفال المعوقين : المجلة الاجتماعية القومية ، العدد (1 ، 2 ، 3 ) ، المجلد 19 ، ص . ص . 119 – 139 .

152-***فتحي السيد عبد الرحيم ( 1983 )*** : قضايا ومشكلات في سيكولوجية الاعاقة ورعاية المعوقين " النظرية والتطبيق " ، الكويت : دار القلم .

153- ***فتحي السيد عبد الرحيم ، حليم السعيد بشاي ( 1988 )*** : سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، ( ط2 ) ، الكويت : دار القلم .

154- ***فرج عبد القادر طه وآخرون(1988)*** : المجمل في علم النفس والشخصية والأمراض النفسية " مجموعة علم النفس الإنساني ، القاهرة : الدار الفنية للنشر والتوزيع .

155- ***فرج عبد القادر طه وآخرون (1993)*** : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ،الكويت : دار سعاد الصباح0

156- ***فوزية حسن الأخضر (1993)*** : دمج الطلاب الصم وضعاف السمع في المدارس العادية ، ط2، الرياض : مكتبة التوبة .

157- ***فوزية دياب ( 1981 )*** : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة ، ط3 ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

158- ***فوقيه حسن عبد الحميد رضوان(2002)***: فعالية برنامج تدريبي لتنمية التمييز البصري لدى طفل الروضة، مجلة علم النفس : الهيئة العامة للكتاب ، العدد الحادي والستون ، السنة السادسة عشرة ، مارس ، ص.ص. 28-45 .

159- ***فؤاد أبو حطب ، أمال صادق (1992)*** : علم النفس التربوي ، ط9 ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.

160- ***فؤاد البهي السيد ( 1981 )*** : علم النفس الاجتماعي ، ط2 ، القاهرة : دار الفكر العربي .

161- ***كلثوم احمد على ، سامي سعيد محمد جميل (1998)*** : محو أمية المعوقين سمعيا وتحديات القرن الحادي والعشرين ، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، القاهرة ، المجلد الثاني ، ص.ص. 310-318 .

162- ***كمال دسوقى ( 1979 )*** : النمو التربوي للطفل والمراهق " دروس في علم النفس الارتقائي " ، بيروت : دار النهضة المصرية .

163- ***كمال دسوقى ( 1985 )*** : علم النفس ودراسة التوافق " تكنولوجيا العلوم الاجتماعية " ، الطبعة الثالثة : مطابع جامعة الزقازيق .

164- ***كمال دسوقى ( 1988 )*** : ذخيرة علوم النفس ، المجلد الأول ، القاهرة : الدار الدولية للنشر والتوزيع .

165- ***كمال سالم سيسالم (1988)*** : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين ، الكويت : دار القلم .

166- ***لطفي بركات احمد ( 1978 )*** : الفكر التربوي فى رعاية الطفل الأصم ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

167- ***ماجدة عبيد (1992)*** : الإعاقة السمعية ، الرياض : مكتبة دار الهديان للنشر والتوزيع .

168- ***مجمع اللغة العربية( 1984)***: المجمع الوجيز ، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية .

169- ***محمد أبى بكر عبد القادر الرازى (1982)*** : مختار الصحاح ، القاهرة : دار المعارف .

170- ***محمد السيد عبد الرحمن (1981)***: بعض الاتجاهات النفسية والاجتماعية لدى الجانحين وعلاقتها بتوافقهم الشخصي والاجتماعي،رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الزقازيق .

171- ***محمد السيد عبد الرحمن (1998)*** :المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال ، دراسات في الصحة النفسية ، الجزء الثاني ، القاهرة : دار قباء .

172- ***محمد النوبي محمد على(2000)***: أساليب المعاملة الوالية وعلاقتها بمستوي الطموح لدي الأطفال الصم ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة الزقازيق0

173- ***محمد بيومي خليل(2000)***:مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة في:محمد بيومي خليل،سيكولوجية العلاقات الأسرية،القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

174- ***محمد حامد أبو الخير (1988)*** :مسرح الطفل ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

175- ***محمد شعلان ( 1978 )*** : الطب النفسي للأطفال ، مطبوعات جامعية منشورة ، كلية الآداب جامعة عين شمس .

176- ***محمد عبد المؤمن حسين (1986)*** : سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم ، الإسكندرية : دار الفكر الجامعي.

177- ***محمد علي حسن ( 1970 )*** : علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

178- ***محمد فتحي عبد الواحد ( 1994)*** : مدى فعالية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال الصم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .

179- ***محمد متولي غنيمة ( 1976)*** : تقنين اختبار رسم الرجل بالنسبة لتلاميذ المرحلة الابتدائية في مصر ، رسالة ماجستير ، كلية التربية جامعة عين شمس.

180- ***محمود عبد الرحمن حموده ( 1998)***: الطب النفسي : الطفولة والمراهقة " المشكلات النفسية والعلاج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو.

181- ***محمود محي الدين العشري (1999)*** : مدى فاعلية استخدام أسلوب السيكودراما في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية الصحية للأطفال المعاقين سمعيا بولاية عبري في سلطنة عمان، العدد(78) ، مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر .

182- ***مختار حمزة (1979)*** : سيكولوجية المرضى ذوى العاهات ا ، ط4، السعودية : دار المجتمع العلم بجدة.

183- ***مراد حكيم بباوى ، عمرو رفعت عمر (1998)*** : برنامج تعليمي إثرائي مقترح لتعديل بعض الاتجاهات نحو مفهوم الذات لدى الأطفال الصم باستخدام الوسائط المتعددة ،

المجلد الثاني " الموضوعات التربوية " ، المؤتمر السابع للاتحاد ، القاهرة ، 8-10 ديسمبر ، ص. ص. 147-.165

184- ***مصطفى حوامده (1991)*** : التنشئة الاجتماعية للأبناء وعلاقته بأنساقهم القيمية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

185- ***مصطفى فهمى ( 1978 )*** : تنمية السلوك الإبداعي عند الأطفال المعوقين خلال المادة المقروءة " ندوة الطفل المعوق" القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص.ص. 36 – 56.

186- ***مصطفى فهمى (1985)*** : سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ط3 ، القاهرة : مكتبة مصر .

187- ***مصطفى نورى القمش (2000)*** : الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة ، عمان : دار الفكر.

188- ***منال منصور بوحميد (1983)*** :المعوقين ، الكويت : مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .

189- ***منى حسن سليمان(1998)*** :نحو تصميم بلا عوائق لمدارس ذوى الاحتياجات الخاصة ، ،بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، المجلد الأول ، الموضوعات العامة والطبية والتجارب ،القاهرة ، ديسمبر ، ص. ص. 145-.166

190- ***نبيل حافظ ( 1998)*** : صعوبات التعلم والتعليم العلاجي ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

191- ***هدى محمد قناوي ( 1982 )*** : العناية بالطفل الأصم ، الحلقة الدراسية الإقليمية ، ندوة الطفل المعوق ، القاهرة.

192- ***هدى محمد قناوي ( 1983 )*** : سيكولوجية الطفل والمراهق ، القاهرة : مكتبة مصر .

193- ***هدى محمد قناوي ( 1988 )*** : الطفل تنشئته وحاجاته ، ط2 ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

194- ***هدى مصطفى محمد عبد الرحمن ( 1998 )***: الاحتياجات التدريبية لمعلمي اللغة العربية بمدارس المعوقين سمعيا بسوهاج ، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، القاهرة المجلد الثاني ،ص.ص. 270-285 .

195-***وجدي زيدان ( 1998)*** : فاعلية استخدام السيكودراما في العلاج الأسرى لتحسين التواصل لدى الأبوين المسيئين ، مجلة كلية التربية بطنطا .

196-***واطسون .ل.س ( 1988)*** : تعديل سلوك الأطفال ، ترجمة محمد فرغلى فراج وسلوى الملا ، القاهرة : دار الكتاب الحديث .

197- ***وزارة التربية والتعليم ( 2002)*** : إدارة التربية الخاصة بالشرقية، إحصاءات العاملين والتلاميذ بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع ، الزقازيق ، ص . 2 .

198- ***وزارة التربية والتعليم (2003)*** : إحصائيات وملفات الطلاب والعاملين بالتربية الخاصة ، قطاع التعليم العام ، الإدارة المركزية للتعليم الأساسي ، القاهرة ، مركز الحاسب الآلي.

199- ***وزارة الشئون الاجتماعية (1996)*** : منشورات الإدارة المركزية للتنمية الاجتماعية ، رقم (435) ، 25مايو .

200- ***يسرية محمد سالم (1996)*** : مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض المشكلات السلوكية الأكثر شيوعا لدى أطفال المرحلة الابتدائية ، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد20، جـ 3 ، ص.ص.38-61.

201- ***يوسف وهبه جاد (1990)*** : الخصائص السلوكية والعقلية في الأطفال ذوى الحركة المفرطة ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العلا للطفولة ، جامعة عين شمس .

202- ***يوسف هاشم إمام ( 1998 )*** : واقع خدمات رعاية وتأهيل المعوقين ، اتحاد هيئات المؤتمر السابع بعنوان " ذوو الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرين في الوطن العربي ، 8-10 ديسمبر ، ص. ص. 11-46 .

203- ***يوسف هاشم إمام ( 2000)***: أضواء على الحديث في رعاية وتأهيل وتعليم المعوقين سمعيا ،النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بمصر ، العدد ( 66) ، السنة الثالثة عشر ، يونيه ، ص. ص. 44-56.